



Marta Cristina
Guerreiro Rosa

Cuidar de Enfermeiros – Os Enfermeiros como Beneficiários dos Cuidados

Stress Ocupacional dos Enfermeiros numa
Equipa de Tratamento

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica realizada sob a orientação científica do
Professor Doutor Joaquim Lopes

Junho 2013



Instituto Politécnico de Setúbal

Escola Superior de Saúde

Marta Cristina Guerreiro Rosa

Cuidar de Enfermeiros – Os Enfermeiros como Beneficiários de Cuidados

Stress Ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Tratamento

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Joaquim Lopes.

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Junho 2013

Agradecimentos

Gostaria de agradecer:

- Ao Professor Doutor Joaquim Lopes pela orientação realizada;
- A todos os enfermeiros que participaram no Trabalho de Projeto.
- À Dr.^a Mónica Nunes pelo apoio, disponibilidade e conhecimentos transmitidos.
- À Liliana Sá pelos momentos de partilha e sobretudo pela amizade.
- Ao Gonçalo Alves pelo apoio e compreensão.

Resumo

A problemática da Adição implica cuidados de enfermagem específicos, nos quais surgem momentos de maior stress ocupacional, o que tem impacto na saúde mental destes profissionais.

Existem diversos estudos e literatura sobre o impacto do stress nos enfermeiros e de que forma é possível colmatar ou diminuir o mesmo. O que pretendemos foi identificar as necessidades de uma determinada equipa e confrontá-las com os dados da evidência já conhecidos.

Neste trabalho pretendemos conhecer se a equipa de enfermagem do CRI escolhido, da DRLVT, do IDT,IP, vive situações de stress, durante a sua prática, e de que maneira se poderão propor intervenções organizacionais e individuais, com o objetivo de promover a saúde, evitando assim uma síndrome de exaustão emocional e uma quebra da qualidade dos cuidados.

Utilizámos a Metodologia de Projeto que implica uma série de etapas que são: o Diagnóstico de Situação, o Planeamento de Intervenções, a Execução, a Avaliação e a Divulgação dos Resultados.

No Diagnóstico de Situação utilizámos um questionário constituído por quatro partes: escala de avaliação do Clima Organizacional, Work Environment Scale, escala de avaliação de acontecimentos violentos, escala MBI-GS, Maslach Burnout Inventory- General Survey e questionário para caracterização profissional da população.

Concluimos que estes enfermeiros apresentam stress ocupacional num nível moderado, mas afirmam possuir espírito de grupo, não fazendo referência à despersonalização.

Como intervenções planeadas referimos: reuniões de enfermagem, formação em técnicas de relaxamento, sessões de relaxamento, agendamento de atividades lúdicas, método de trabalho de enfermeiro de referência/Gestor de Caso e criação de Calendário de Aniversários.

Executámos a intervenção “Reunião de Enfermagem” através de 2 sessões e avaliámos as mesmas com a técnica do *Focus Grupo*.

No final deste trabalho fizemos também a análise crítica das competências do Mestre em que pudemos refletir sobre as mesmas e cruzá-las diretamente com as nossas práticas.

Abstract

Addition issues implies specific nursing care originating moments of greatest occupational stress and have impact in the mental health of these professionals.

Already exist several studies and literature on the impact of stress in nurses and how you can overcome or decrease it. Our objective is to study a particular team and confront it with the data already studied.

In this work we want to understand if the nursing team of the chosen CRI, from DRLVT, IDT,IP, experiences stressful situations during their work, and how one can propose organizational and individual interventions with the goal of promoting health, preventing thus a syndrome of emotional exhaustion and a break on nursing quality.

We used the Project Methodology consisting of a set of steps which are: Diagnostic Situation, Intervention Planning, Execution, Evaluation, and Results Reporting.

In the Diagnostic Situation, a questionnaire was used consisting of four parts: rating scale Organizational Climate, the Work Environment Scale, rating scale for violent events, MBI-GS scale, Maslach Burnout Inventory-General Survey and a questionnaire for professional population characterization.

We concluded that these nurses have occupational stress at a moderate level, but claim to have team group spirit, making no reference to depersonalization.

As planned interventions following should be mentioned: nursing meetings, relaxation techniques training, relaxation sessions, recreational activities scheduling, nurse / Case Manager work method reference, and creating a Team Birthday's Calendar.

Having performed “Nursing Meetings” in two sessions, which were then evaluated using the Focus Group method.

At the end of this work we also critically analyzed the Master skills so that we could reflect on them and match directly with our practices.

Palavras-chave: Enfermagem, Adição, Stress Ocupacional, Saúde Mental.

LISTA DE SIGLAS

ANF – Associação Nacional de Farmácias

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CPLEESMP – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CRI – Centro de Respostas Integradas

DRLVT – Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

ESS – Escola Superior de Saúde

ET – Equipa de Tratamento

FMEA – Failure Modes and Effects Analysis

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

IDT,IP – Instituto da Droga e Toxicodependência, Instituto Público

MESMP – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OMS – Organização Mundial de Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PTAO – Programa de Tratamento Agonista Opiáceo

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos

SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar

SWOT – Strenghts Weaknesses, Opportunities e Threats

UA – Unidade de Alcoologia

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura da rede externa de suporte ao tratamento.....	18
Figura 2 – Um modelo compreensivo de stress	33
Figura 3 – As respostas induzidas pelo stress no organismo são concomitantes e influenciam-se mutuamente	34
Figura 4 – Relação entre trabalho (representado pela exigência das tarefas), indivíduo (perceção de controlo) e stress	36
Figura 5 – Condições indutoras de stress no trabalho (adaptado de Sutherland e Cooper, 1990)	37
Figura 6 – A “pressão” exercida sobre o ser humano determina, da parte deste, uma “tensão” como resposta	49

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estes enfermeiros sofrem de stress ocupacional?	60
Gráfico 2 – Qual o nível de exaustão?	63
Gráfico 3 – Os enfermeiros sofrem de agressões? Que tipo?	64

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	14
1-Problemática.....	14
2-Caraterização do contexto	17
3- Perguntas de Partida.....	20
4-Objetivos.....	21
5- Enquadramento Teórico	22
5.1 - Enquadramento conceptual de Enfermagem	22
5.2- Stress Ocupacional na Equipa de Enfermagem numa ET.....	31
5.2.1 - Stress	31
5.2.2 - Trabalho.....	35
5.2.3 - Stress ocupacional/Burnout.....	37
5.2.4 - Stress nos profissionais de saúde	39
5.2.5 - Stress nos profissionais de saúde mental.....	41
5.2.6 - Stress nos profissionais de saúde mental. Problemática da Adição	42
5.2.7 - Stress na Enfermagem	43
5.2.8 - Stress nos enfermeiros de saúde mental	49
5.2.9 - Stress na Enfermagem nos Comportamentos Aditivos.....	51
6- Metodologia	53
6.1- Diagnóstico de Situação	59
6.1.1- Análise dos resultados	60

6.1.2 - Discussão dos resultados à luz das Teorias de Betty Neuman e Kolcaba.	67
6.2- PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	69
6.3– EXECUÇÃO DO PROJETO	80
6.4- AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	82
7– QUESTÕES ÉTICAS	86
II – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE	87
III – CONCLUSÃO.....	113
IV–BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS.....	124
Anexo A - Questionário	
APÊNDICES.....	126
Apêndice A - Instrumento de recolha de dados	
Apêndice B - Apresentação de resultados	
Apêndice C - Focus Grupo	
Apêndice D - Brainstorming	
Apêndice E - Artigo: " Cuidar de Enfermeiros. Stress Ocupacional na Equipa de Enfermagem."	

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Projeto está integrado no 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, realizado na ESS/IPS, em que se pretende contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem de saúde mental. Ao formar Mestres em Enfermagem de Saúde Mental espera-se que *“...detenham um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”*¹, para que, seja possível continuar a almejar os cuidados com elevados padrões de qualidade.

Ao apropriarmo-nos de um domínio específico da Enfermagem, estamos a reforçar a nossa visão holística do cliente, o que permite adequar os cuidados de enfermagem. Como enfermeiro especialista existem competências gerais e específicas que se detêm, de forma a organizar a prática, a facilitar a tomada de decisão e a contribuir para o progresso da profissão.

Com a elaboração deste documento pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Relatar o Trabalho de Projeto desenvolvido numa ET;
- Analisar criticamente a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No que diz respeito à estrutura do trabalho, a mesma está organizada da seguinte forma: Projeto de Intervenção em Serviço e Análise Crítica das Competências do Mestre. Na primeira parte, pretende-se definir a problemática, caraterizar o contexto e criar a pergunta de partida. São também definidos os objetivos e realizado o enquadramento teórico do trabalho, na área da enfermagem e do stress. Mais tarde, é explicitada a metodologia adotada, que neste caso foi a Metodologia de Projeto, que implica um diagnóstico da situação, planeamento do projeto, execução do mesmo e, no final, a sua avaliação.

O problema levantado neste trabalho (**PIS**) prende-se com a problemática do Stress Ocupacional na Equipa de Enfermagem a prestar cuidados na área da Adição.

¹ Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde- Departamento de Enfermagem- *Guia de Curso – 2º Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica*. Setúbal 2012/2013

O stress emocional é um dos principais fatores desencadeantes de doenças psicossomáticas, em indivíduos de várias classes profissionais, em que destacamos os enfermeiros, da área da saúde mental, mais precisamente no contexto dos comportamentos aditivos. Pretendemos saber se esta equipa de enfermagem, em particular, sofre de stress ocupacional e em que medida o mesmo se faz sentir e qual a necessidade de intervenção de casos problemáticos ocorridos durante a prestação de cuidados, a fim de reduzir as situações de desconforto emocional dos enfermeiros.

Na segunda parte, iremos abordar as Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em que faremos uma análise crítica das mesmas.

O Decreto-lei 74/2006 de 25 de março institui que, no ensino politécnico, o ciclo de estudos, que é conducente com o grau de mestre, deve incluir uma especialização de natureza profissional. Estas competências de mestre cruzam-se com as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1. – Problemática

Delbrouck levantou a seguinte questão: “***Será que os prestadores de cuidados superariam melhor os inúmeros stresses a que estão sujeitos, se tais actividades de partilha e de apoio estivessem disponíveis nos seus locais de trabalho [...]?***”² (2006:16)

No dia a dia de prestação de cuidados a pessoas com problemas de Adição surgem momentos de má gestão interna de situações de crise/conflito, gerados pelos comportamentos dos clientes e pela dificuldade de gestão dos mesmos, por parte dos enfermeiros. Estes enfermeiros prestam cuidados no âmbito da saúde mental, mas apesar do serviço não ser um serviço de psiquiatria, a problemática da Adição e a comorbilidade psiquiátrica, nestes clientes, está bastante presente.

Na sequência destes episódios há um aumento do absentismo (“... *uma espécie de comportamento disfuncional resultante de um desajuste entre as necessidades do trabalhador e as exigências do seu ambiente de trabalho*”³, Spurgeon [1982:240] citando Cormack [1973]), uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados, da motivação para novos projetos e da tolerância face à problemática desta população. Santos e Cardoso (2010:69) salientam o absentismo como algo que pode “...*acarretar custos à organização, [...] levando à diminuição da eficiência e à reduzida satisfação profissional.*”⁴

² Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi, Editores.

³ Spurgeon, P. (1982). Factores de absentismo e quebra de rentabilidade do pessoal de enfermagem qualificado do Serviço Nacional de Saúde. *Análise Psicológica*, 2, (2/3), 239-254.

⁴ Santos, A. F. O. & Cardoso C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: manifestações de stress e burnout. *Estudos de Psicologia*, 27, (1), 67-74. Acedido em 01-07-2012 às 20h em Scielo <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a08.pdf>.

Dizemos que uma pessoa está em stress quando não é dada uma resposta adequada aos estímulos exteriores (stressores), ou quando essa resposta prejudica o organismo. O stress ocupacional prende-se com as respostas face aos estímulos provenientes do trabalho.

O stress está diretamente relacionado com o trabalho na União Europeia. Um estudo realizado em 27 países, em 2005, refere que 22% dos trabalhadores sofrem de stress e que este está implicado na produtividade, na saúde, na vida familiar e social (Tomás,2009/2010).

Não é mais do que a resposta que um organismo dá aos acontecimentos da sua vida quotidiana, provocando, a posteriori, ansiedade, zanga, hostilidade, alterações físicas e comportamentais: *“Quando uma resposta de stress se desencadeia, determina a nível biológico, alterações no funcionamento dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, [...] altera funções biológicas fundamentais e torna o organismo propício ao assalto das infecções. A situação é tanto mais grave quanto mais prolongada e intensa é a vivência do stress”*⁵ Serra (2002:11).

A abordagem a esta problemática é complexa, pois trata-se de um fenómeno humano, em que se tem que ter em conta o aspeto biológico, psicológico e social, não descurando a especificidade da pessoa. É algo a ser encarado de uma forma sistémica, olhando os fatores internos de cada um e os fatores externos, do meio em que está inserido.

Robazzi et al. (2010) estudaram o excesso de trabalho e as consequências ao nível da saúde mental dos trabalhadores da área da saúde e concluíram que a maioria dos sujeitos investigados com stress ocupacional foram enfermeiros. Estes autores basearam as suas elações em diversos estudos consultados: no Rio de Janeiro (evidenciou-se que as condições de trabalho e os poucos recursos materiais e humanos desencadeavam um grau significativo de stress no grupo), em Minas Gerais (52% dos enfermeiros foi classificado como stressado), em São Paulo (30 enfermeiros identificaram a sobrecarga de trabalho como stressante), em Campinas (o stress está no nível médio, predominando os sintomas psicológicos), entre outros.

Os profissionais de saúde mental, em que estão incluídos os enfermeiros que trabalham na problemática da Adição, estão expostos a riscos e a situações que diferem das outras áreas de atuação. Um estudo realizado em Itália em 2000, por Lasalvia et al. (2009), em serviços de saúde mental, refere que a equipa de saúde mental representa uma das categorias de trabalhadores de

⁵ Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

saúde com maior risco de burnout. O burnout pode levar à diminuição da eficácia da força de trabalho e a resultados mais pobres ao nível do tratamento⁶.

⁶ “...mental health staff represent one of the categories of health workers at highest risk of burnout, and burnout is a critical issue for mental healthcare delivery, as it can lead to the decreased effectiveness of the workforce and, ultimately, poorer treatment outcomes.” - Lasalvia, A, et al. (2009). Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, **195**, 537-544. Acedido a 04-06-2012 às 23h em PubMed <http://bjp.rcpsych.org/content/195/6/537.long>.

2. – Caracterização do contexto

O Estágio do Mestrado, do qual resultou este Trabalho de Projeto, realizou-se no então IDT, IP, num CRI, da DRLVT. Neste momento, o IDT, IP, como instituição pública, foi extinto, dando origem a um novo organismo, o SICAD, sendo que a área do tratamento ficou sob o âmbito da ARS.

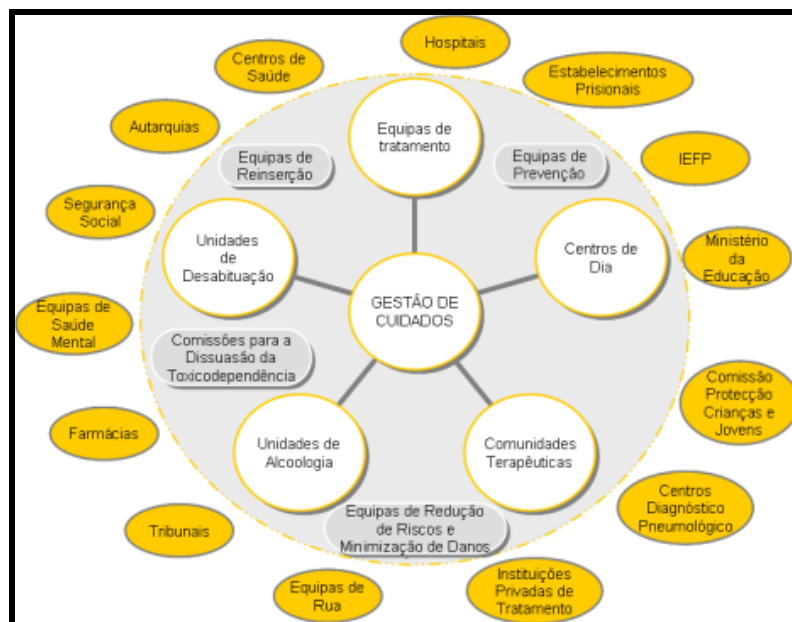
O IDT,IP na altura, era um instituto público que tinha como missão “*promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências*”⁷. Com valores como: o **Humanismo** (“*reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno dos comportamentos aditivos [...] e tem como corolário a compreensão da complexidade e relevância da sua história individual, familiar e social, bem como a consideração do seu estado como doença*”⁷), o **Pragmatismo** (“*valorização de uma atitude de abertura à inovação, sem dogmas ou ideias preconcebidas, face aos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate às dependências de substâncias psicoactivas e a consequente adopção de soluções adequadas à conjuntura nacional que possam proporcionar resultados práticos positivos*”⁷), a **Territorialidade** (“*a percepção das realidades e dos fenómenos é mais sentida e melhor percebida a nível local, pelo que se deve partir das suas necessidades/propostas para construir planos de intervenção...*”⁷), a **Centralidade no Cidadão** (“*...descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas, de acordo com os seus direitos e deveres*”⁷), a **Integração de Respostas** (respostas integradas, sem clivar a realidade, abrangentes, coerentes com a complexidade da realidade da Adição), **Qualidade das Intervenções** (“*processo de avaliação contínua da intervenção realizada face aos parâmetros e procedimentos considerados de «boas práticas» ou de rigor científico...*”⁷) e a **Qualificação dos Profissionais**.

As ET estavam inseridas na área do Tratamento, sendo este um elemento importante no instituto, pois tinham como objetivos garantir o acesso às respostas terapêuticas. Foi criada uma rede de serviços de tratamento, que pretendia articular com os parceiros sociais e institucionais.

⁷ Acedido a 22-03-2011 às 12h em <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/ObjectivosTratamento.aspx>.

Figura 1 - Estrutura da rede externa de suporte ao tratamento.

<http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/ObjectivosTratamento.aspx>



O CRI escolhido para desenvolver este trabalho inseria-se na DRLVT e geria-se pelos valores acima referidos, prestando cuidados, em regime de ambulatório, no que concerne ao abuso de substâncias psicoativas e seus impactos na pessoa e na sua família. O cliente tem uma consulta de acolhimento, aquando do momento do pedido de seguimento, cujos dados são apresentados em reunião semanal de triagem, que tem como objetivo a avaliação do caso, de forma individual e a atribuição de um terapeuta de referência. Após consultas, com o terapeuta, é traçado o projeto terapêutico, em conjunto com o cliente, e são delineadas as estratégias a seguir.

A equipa de enfermagem é parte integrante da equipa multidisciplinar constituída por médicos de clínica geral, psiquiatras, psicólogos, técnicas de serviço social, técnicas psicossociais e assistentes operacionais.

Desde há cerca de um ano que são atribuídos clientes a alguns enfermeiros, para que os cuidados sejam mais individualizados e de maior qualidade. A equipa de enfermagem está em constante mutação, devido a medidas de redução de pessoal impostas pelos organismos gestores, pelo que, no momento deste trabalho, era constituída por 4 enfermeiros especialistas, 3 enfermeiras de nível 1 e 1 enfermeira graduada.

Para além do referido, o número de pessoas com problemas de adição continua a aumentar, surgindo alterações ao nível das substâncias consumidas (uma diminuição do consumo

de heroína e aumento do consumo de cocaína, haxixe e das *designer drugs*) e dos seus comportamentos associados. Também neste CRI isto se verifica e o número de clientes aumentou, quer no atendimento geral, quer em PTAO (estão 834 clientes em tratamento), o que implica um acréscimo de trabalho para os enfermeiros, que tentam manter os cuidados com um bom nível de qualidade.

3. - Perguntas de Partida

Perante o anteriormente referido, formulámos as seguintes perguntas de partida para este **PIS:**

- “Existe stress ocupacional nos enfermeiros do CRI, da DRLVT, que participam no Trabalho de Projeto?”.
- “Como promover a saúde mental da equipa de enfermagem e prevenir o stress ocupacional?”

Ao dar resposta a estas questões pretendemos contribuir para a promoção e manutenção da saúde mental dos enfermeiros do CRI e, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes com problemas de Adição.

4. – Objetivos

Como objetivos pretendemos:

- a) Identificar se a Equipa de Enfermagem do CRI, da DRLVT, apresenta stress ocupacional;
- b) Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que promovam a saúde mental da Equipa de Enfermagem e previnam o stress ocupacional;
- c) Executar as intervenções planeadas;
- d) Avaliar as intervenções executadas.

5. - Enquadramento Teórico

5.1 - Enquadramento conceptual de Enfermagem

○ BETTY NEUMAN - Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde –

Betty Neuman é uma teórica de Enfermagem dos anos 60/70 e “...foi pioneira no envolvimento da enfermagem na saúde mental”⁸ (Tomey & Alligood, 2004:335).

Como referem Tomey e Alligood, “Neuman concebeu o modelo partindo de teorias seguras em vez de partir da investigação em enfermagem”⁸ (2004:337), criando o Modelo dos Sistemas, que tem como base a estabilidade ótima e a prevenção como intervenção. Neuman apoiou-se na Teoria Geral dos Sistemas, que encara os organismos vivos, como sistemas abertos, e em que todos os elementos duma organização se encontram em interação.

Para a criação do seu modelo baseou-se em várias teorias: a Teoria de Gestalt, as Teorias Filosóficas de Chardin e Bernard Marx, a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy, a Teoria do Stress de Hans Seyle e a Teoria de Crise de Gerald Caplan (Pearson, A. & Vaughan, B. 1992).

A Teoria de Gestalt refere que a homeostase é o processo através do qual se mantém o equilíbrio, a saúde. Este equilíbrio é mantido pela capacidade de adaptação do indivíduo, em que está premente a satisfação das necessidades; quando ocorre um desequilíbrio permanente, poderá surgir a doença e por último consequência pode ocorrer a morte. Estamos perante uma interação dinâmica entre a pessoa e o ambiente (Tomey, A. M. & Alligood, M. R., 2004).

A teoria filosófica de Chardin centra-se na espiritualidade; esta espiritualidade é inata, podendo ser ou não desenvolvida. Bernard Marx e a sua teoria falam-nos que as partes dependem

⁸ Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência.

do todo, no contexto dos sistemas; para Neuman este conceito foi aproveitado para explicar que o padrão do todo influencia as partes (Tomey, A. M. & Alligood, M. R.,2004).

Bertalanffy apresenta-nos uma teoria, que tem na sua base os pressupostos da Termodinâmica (avalia o fluxo de energia entre sistemas), da Física, da Química e da Engenharia. O mundo é formado por diversos sistemas, que se relacionam e se influenciam entre si. A energia é a responsável pela organização entre os sistemas e perante a desorganização, esta pode afetar os sistemas “vizinhos”. Para Neuman, as pessoas são sistemas abertos, em relação com o meio, mantendo uma determinada organização ou equilíbrio, apesar dos processos de importação, exportação, construção ou demolição (George, J. B. et al.,2000).

Selye e a sua Teoria do Stress aborda o stress e a forma como nos adaptamos a ele. É definido como a resposta não específica do corpo a uma solicitação que lhe é feita e depreende uma adaptação (Tomey, A. M. & Alligood, M. R.,2004).

Para Neuman e segundo Tomey, A. M. e Alligood, M. R. (2004), os fatores de stress são estímulos de ação, que promovem o desequilíbrio positivo ou negativo, na medida em que é gerado caos ou maturação. As fases do stress são denominadas: alarme (na primeira fase), resistência (a pessoa tenta atingir novamente a homeostasia) e por último, a exaustão (que surge em detrimento de não se ter reconquistado a homeostase, na fase anterior). É nesta última fase que pode ocorrer o caos e o colapso do organismo.

Os níveis de prevenção, também referidos por esta teórica, estão diretamente ligados ao Modelo conceptual de Caplan, sendo que ele defende que a crise é um momento de oportunidade de crescimento.

Existe a prevenção primária, que ocorre antes do contacto com o stressor, a prevenção secundária e a prevenção terciária que são utilizadas quando já existe stressor. A prevenção secundária insere-se ao nível do diagnóstico precoce e do tratamento e a terciária implica a redução do impacto do stressor, dos seus efeitos residuais, após o tratamento.

O modelo criado por Neuman, e denominado Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde, surgiu pela primeira vez no contexto académico e mais tarde foi alargado à prática clínica e à investigação. É um modelo dinâmico e flexível, em que a pessoa é encarada no seu todo multidimensional, sendo que as partes se mantêm em interação com os fatores de stress (Neuman 1995).

Para Neuman, este modelo tem na sua base o stress e a reação ao mesmo (Neuman, 1995) face ao cliente, sistema aberto em interação com o meio. Esta relação pode ser negativa ou positiva e resultar num ajustamento do ambiente à pessoa ou, da pessoa ao ambiente. O objetivo

principal é a estabilidade do sistema, sendo necessário para tal, identificar os stressores e delinear a prevenção primária, secundária e terciária.

CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS

Enfermagem: é a profissão que “...*diz respeito à totalidade da pessoa...*”⁹(2004:340), que encara o cliente como um todo, em que se valorizam todas as suas variáveis e as respostas ao stress. Para Neuman é uma “...*profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress.*”⁹(2004:340).

O ponto fulcral é manter o equilíbrio desta pessoa e para tal é necessário realizar um diagnóstico de situação, para que consiga planear as intervenções. O enfermeiro é aquele que está presente na prevenção primária, secundária e terciária de forma adequada face à situação vivida pelo cliente.

Pessoa: O cliente é visto como sistema, em que existem relações com variáveis do âmbito fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual; para esta teórica a variável espiritual é a que se cruza com todas as outras.

O enfermeiro deve estar atento às respostas que este cliente dá aos fatores de stress e deve conhecer também quais os mecanismos de coping disponíveis, ou seja, como sistema aberto, e em relação constante com o meio, existem fluxos de *input* e de *output* (Antunes, 1991), sendo que cabe ao enfermeiro motivar o cliente para lidar com o stress.

Saúde: é o resultado dum *continuum* entre o bem-estar e a doença, que está em constante mutação e é um conceito relativo, pois engloba o cliente com as suas diferenças e experiências vividas.

Neuman fala-nos de entropia e de negentropia, em que o primeiro conceito consiste no processo de depleção da energia e desorganização, que tem a doença e a morte no seu fim; o segundo conceito prende-se com a conservação de energia que promove a organização e o bem-estar.

Ambiente: Para esta teórica “o ambiente e a pessoa são identificados como os fenómenos básicos do Modelo [...], sendo a relação entre ambiente e pessoa recíproca.”⁹(2004:340). O ambiente é tudo o que abarca os fatores, internos e externos, que influenciam ou são influenciados pelo cliente.

A relação estabelecida tem como finalidade regular o sistema através de retroação. Os fatores de stress podem ser intra, inter e extrapessoais e podem atuar em momentos distintos que pode ser ambiente interno, externo e criado. George et al. (2000:232), citando Neuman (1993:232), define ambiente como “*aquelas forças e variáveis internas e externas que circundam os seres humanos em qualquer ponto no tempo, que podem afectar o sistema «pessoa», sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais. Essas forças são denominadas por factores de stress*”⁹.

No que diz respeito à Saúde Mental e ao stress, é importante reter o papel do enfermeiro no que concerne à prevenção. Na prevenção primária, o enfermeiro ajuda o cliente a aceitar os acontecimentos mais frustrantes; na prevenção secundária, o seu papel tem um enfoque na aceitação das sensações e dos sentimentos e na prevenção terciária implica o trabalho através dos apoios ambientais no sentido de auxiliar o cliente em crise.

O modelo de Betty Neuman pretendeu romper com o modelo tradicional de Saúde-Doença (foco na hospitalização) em benefício de uma visão mais holística e global do cliente, “*as pessoas são vistas como sistemas abertos em constante interacção com o ambiente*”¹⁰ (Pearson & Vaughan, 1992:112), com os stressores, com o impacto das situações que ocorrem no dia a dia.

O stress, na teoria de Neuman tem uma importância vital (“*os dois principais componentes do Modelo de Sistemas de Neuman são o stress e a reacção ao stress*”⁹ – Neuman, 1995 citada por George et al., 2000:226), visto que este fenómeno serviu de base ao Modelo dos Sistemas e é à sua volta que se desenvolve toda a dinâmica do mesmo. Para Neuman, o stress está presente ao longo da vida das pessoas e pode ser considerado um estímulo positivo ou negativo, em que “*...pode potencialmente causar um desequilíbrio ou uma perturbação na harmonia da pessoa...*”¹⁰ (Pearson & Vaughan, 1992:112).

Neste modelo, existe um núcleo central, que é um recurso de energia e caso fique comprometido é nessa altura que o sujeito fica em risco. Esse núcleo é protegido por linhas que

⁹ George, J. B. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

¹⁰ Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

*“...reagem aos agentes de stress para prevenir que eles atinjam a fonte de energia central...”*¹⁰ (Pearson & Vaughan, 1992: 114) permitindo assim, que se mantenha estável, em harmonia. Estas linhas ou círculos concêntricos podem ser a linha normal de defesa, a linha flexível de defesa que protege a anterior, serve de amortecedor e funciona como um acordeão, e a linha de resistência que protege o núcleo e é ativada quando a linha normal de defesa sofre a ação dos stressores ambientais, *“se as linhas de resistência forem eficientes em sua resposta, o sistema pode reconstituir-se...”*⁹ (George et al., 2000:228)

O PIS aborda elementos que se cruzam de forma óbvia com o modelo de Betty Neuman, na medida em que, os seus conceitos defendem uma estabilidade ótima e uma intervenção, ao nível da *“...prevenção da desadaptação, do restabelecimento da adaptação e da manutenção da mesma”*¹⁰ (Pearson & Vaughan, 1992:114). Este projeto de intervenção visa, avaliar se os enfermeiros do CRI evidenciam stress ocupacional, para que se possa intervir ao nível da resolução do mesmo ou da prevenção (caso não exista).

Esta teórica utilizou teorias importantes, na medida que salientam aspetos ao nível da homeostase (como objetivo a atingir, para o equilíbrio adequado das pessoas, para que, consequentemente, possam prestar cuidados de maior qualidade); a ideia que as partes influenciam o todo e o padrão do todo intervém nas partes é muito interessante e claramente evidente no projeto, pois acreditamos que uma equipa saudável promove a saúde mental dos seus elementos, e elementos equilibrados fomentam equipas prestadoras de cuidados mais motivadas e empreendedoras, com melhores resultados ao nível da qualidade dos cuidados. Para Neuman, saúde não é mais do que *“...a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar em um determinado momento”*⁹ (George et al., 2000:230) e a enfermagem deve ter como *“...principal preocupação [...] ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter estabilidade do sistema”*⁹ (George et al., 2000:230).

A teoria de Selye, que também dá os seus contributos ao Modelos dos Sistemas, é um pilar vital para o projeto, pois o seu tema prende-se com o stress e tudo o que este envolve.

Por último, queremos referir a pertinência do Modelo conceptual de Caplan, (também ele na base do Modelo dos Sistemas), pois defendemos que a uma situação de crise numa equipa, poderá transformar-se numa oportunidade de crescimento; gostaríamos que a equipa, no final, sentisse que as situações de crise, bem geridas, podem ser oportunas para enriquecer laços e promover momentos de reflexão, importantes para a nossa prática.

○ KATHARINE KOLCABA - Teoria do Conforto –

“O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem. É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve as palavras delicadas”¹¹ Malinowski e Stamler (2002) citado por Apóstolo (2007:25).

O conforto esteve sempre presente na Enfermagem (Nightingale, Watson e Leininger) em que “...era valorizado e relacionado com o resultado das boas práticas das enfermeiras”¹¹(2007:26) e está sempre implícito na relação entre o enfermeiro e o cliente.

Entre 1900 e 1929, o conforto foi considerado uma meta a atingir pela Enfermagem e pela Medicina, pois acreditava-se que o conforto levava à recuperação. Entretanto, esta preocupação desvaneceu-se, só sendo considerada para as situações em que os clientes não tinham mais respostas de tratamento.

Foi com a teoria de Kolcaba que o conforto foi novamente estudado e colocado como fim nos cuidados de saúde, sendo aceite “...que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção”¹² (Apóstolo, 2009:61). Houve uma mudança de paradigma em que se passou do conceito *pain management* para o de *comfort management*.

O conforto é um termo subjetivo e cada pessoa dá-lhe um significado próprio, tendo por base a sua experiência e a sua situação atual. Conforto não é só o antónimo de desconforto, é sim, um conceito mais complexo e holístico; foi definido por Oliveira e Lopes (2010:70), citando Morse (2000), como “...uma parte integral do cuidado de enfermagem, que é promovido em respostas às exigências de stress do doente”¹³.

¹¹ Apóstolo, J. L. A. (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

¹² Apóstolo, J. L. (março 2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos – *Revista Referência*. II série. (9), 61-67.

¹³ Oliveira, C. & Lopes, M. (2010). Construir laços de confiança e promover o controlo. *Pensar Enfermagem*, **14**, (1). Acedido em 02-02-2011 às 13h em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_67-74\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_67-74(1).pdf).

A Teoria do Conforto foi desenvolvida por Katharine Kolcaba na década de 90 e surgiu da necessidade de que “...o processo do conforto só fica completo com a avaliação dos resultados...”¹² (Apóstolo, 2009:61); criou assim uma teoria de médio alcance. É uma teoria que eleva o conforto como o resultado dos cuidados de enfermagem, em que “para alcançar o conforto, a pessoa não pode ser dominada pelo corpo e o objectivo dos cuidados de enfermagem é o de aumentar o conforto no sentido de tranquilizar e aliviar o distress”¹² (Apóstolo, 2009:65).

O conforto surge como o alívio (“...condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica”⁸), a tranquilidade (“...estado de alma ou contentamento...”⁸) e a transcendência (“...condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento...”⁸) (Tomey & Alligood, 2004:485), em quatro contextos distintos: físico (sensações do corpo), psicoespiritual (identidade, autoestima), ambiental (ambiente externo) e sociocultural (família, cultura, social).

Nesta teoria, os cuidados de saúde e a necessidade dos mesmos são os que são identificados pelo cliente/família “...como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicional”⁸ (Tomey & Alligood, 2004:484); estas medidas de conforto são descritas por Kolcaba como “...intervenções de enfermagem...”⁸ que recaem sobre as necessidades de conforto dos clientes, “...incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas”⁸ (Tomey & Alligood, 2004:484).

O conforto é o resultado desejável, que incorre diretamente dos cuidados enfermagem. Se o conforto for reforçado, o cliente tem um impacto positivo na sua saúde. Confortar é então “...um processo de cuidar inevitavelmente contextualizado pelo encontro pessoa-a-pessoa, em que a enfermeira empenhada em ajudar a melhorar o nível de conforto do cliente, não se poupa a sucessivas tentativas na busca das intervenções, por vezes alternativas que confortem aquele cliente”¹³ (Oliveira, 2008 citado por Oliveira e Lopes, 2010:70). As medidas de conforto deveriam ser registadas na nossa prática, para que fossem mais valorizadas e visíveis.

Esta teórica realizou uma análise do conforto no âmbito de várias áreas, como sendo a Enfermagem, a Medicina, a Psicologia, a Psiquiatria, entre outras e concluiu que é um conceito positivo. Organizou uma estrutura taxonómica para orientar a avaliação do conforto do cliente, sendo esta avaliação muito importante nesta teoria, pois permite concluir se os cuidados prestados foram adequados, mediante a avaliação do conforto.

O conforto foi assim considerado como o produto final da arte da Enfermagem, como visão holística do indivíduo. O conforto ideal é aquele que decorre dos cuidados de saúde adequados, sendo que este conforto é um conforto holístico.

Esta teórica afirma que esta teoria pode ser adaptada a toda a instituição de saúde, já que vivemos tempos em que existe falta de pessoal, mas para tal é necessário que se operacionalizem determinadas mudanças. As instituições só teriam a ganhar com isto, já que a imagem social seria mais positiva, os clientes ficariam mais satisfeitos; os técnicos, por seu lado, sentir-se-iam mais próximos e colaborariam mais uns com os outros, sentir-se-iam parte da instituição.

CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS

Enfermagem: o enfermeiro avalia o conforto do cliente e a necessidade em intervenção de enfermagem para esse fim, avaliando posteriormente o resultado das mesmas. Esta avaliação pode ser feita de forma objetiva ou subjetiva.

Saúde: estado ótimo de funcionamento para determinado cliente, família ou comunidade.

Pessoa: é o indivíduo e a família que necessitam de cuidados de saúde.

Ambiente: é tudo o que o enfermeiro consegue manipular, com o objetivo de garantir o conforto do cliente.

Kolcaba refere que o conforto está diretamente ligado com a satisfação das necessidades humanas básicas e está na base da Enfermagem (<http://www.thecomfortline.com/>), como tal, julgámos oportuno relacionar esta teoria com o stress ocupacional e com o nosso projeto, pois a nossa preocupação é com a saúde mental da equipa e com a sua obtenção de conforto emocional, que visam a manutenção dos padrões de qualidade dos cuidados.

Nesta teoria está presente a visão holística, da mesma forma que o estava no modelo de Neuman; pensamos que só assim, encarando a pessoa na sua totalidade, poderemos trabalhar uma problemática tão complexa como o stress ocupacional.

Kolcaba refere que “o alargamento da teoria do conforto à comunidade é de interesse actual. É sabido que há algumas comunidades onde é mais confortável viver...”⁸ (Tomey & Alligood

2004:491); há um impacto na forma como estas pessoas se relacionam, trabalham, agem perante os outros. Neste sentido e ainda referindo a mesma teórica podemos questionar: “*Pode o conforto de uma comunidade ser melhorado com intervenções de enfermagem?*”⁸ (Tomey & Alligood, 2004:491).

O confronto com as dificuldades, a reflexão sobre as dúvidas e os receios no estar com pessoas com problemas de Adição, é por si só um passo no caminho da obtenção do conforto emocional.

Pensamos que o **PIS** poderá dar resposta à questão pois, ao longo do mesmo, pretendemos planear intervenções e executá-las no sentido de ajudar estes enfermeiros a “viverem melhor”, pois acreditamos que “*a Saúde Mental, em sentido «positivo», não corresponde à mera ausência de doença ou perturbação mental. Trata-se da capacidade de conseguir um bem-estar interior e relacional significativos, com competências e autonomia que permitam uma adaptação bem-sucedida aos desafios impostos pela vida.*”¹⁴ (Sequeira & Sá, 2010:36)

Para Kolcaba (2003) há um momento em que se atua na instituição e nas equipas de cuidados, afim de se refletirem sobre práticas e sobre a qualidade do serviço, e é isso que pretendemos com este projeto: avaliar a saúde mental desta equipa, no que diz respeito ao stress ocupacional motivado pelos cuidados a pessoas com problemas de Adição. Defendemos que as organizações também são responsáveis pela saúde dos profissionais, pela manutenção do seu conforto emocional.

¹⁴ Sequeira, C. & Sá, L. (2010). Saúde e Doença Mental na Família. Em: II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SPESM, Do diagnóstico à intervenção de saúde mental. Barcelos, 2010. SPESM, 36-41.

5.2- Stress Ocupacional na Equipa de Enfermagem numa ET

5.2.1 – Stress

“Se fosse atribuído um prémio ao possível culpado pela maior parte das desgraças pessoais, especialmente às relacionadas com a saúde, certamente que o stress seria um destacado candidato.”¹⁵ (Santos & Teixeira, 2009:370)

Stress deriva do latim *stringo, stringere, strinxí, strictum*, que significa apertar, comprimir ou restringir. Foi um termo utilizado na língua inglesa, desde o século XIV, para significar constrição física e a partir do século XIX o significado foi alargado para pressão na mente humana (Serra, 2002).

Os agentes stressores são originados pelo ambiente externo e podem ser de natureza física (frio, calor, ruído), psicológica (conflitos interpessoais) e social (carência económica, desemprego); também podem ser de origem interna e aí estamos perante acontecimentos perturbadores internos. Serra (2002:26) refere, citando Lazarus e Folkman (1984), que “...as situações indutoras de stress pertencem a três categorias distintas: ameaça, dano e desafio”⁶ : Ameaça quando estamos perante uma antecipação de algo desagradável que ainda não aconteceu; Dano quando se refere a algo que já ocorreu e Desafio quando significa que as exigências sentidas podem ser ultrapassadas.

Os stressores podem provocar distresse (sofrimento) ou eustress (benefício); Selye, em 1974, faz a distinção entre Stress Prejudicial e Stress Construtivo, ou seja, cada pessoa expressa a sua resposta ao stress de forma individual. O stress nem sempre é prejudicial e em situações controladas o stress pode ser útil, na medida em que se torna um impulso para a tomada de decisões, um incentivo para a vida.

Ao longo dos tempos, foram vários os modelos explicativos do stress; destacamos o modelo de Cannon (1935) – *Luta e Fuga*, o modelo de Selye (1956) – *Síndrome Geral de Adaptação*, o modelo de Holmes e Rahe (1967) – *Teoria dos Acontecimentos de Vida* e o Modelo de Lazarus e Folkman (1984) - *Modelo Transacional*. Mais atualmente, surgiram outros,

¹⁵ Santos, J.M. & Teixeira, Z. (2009). O stress profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 368-378. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

nomeadamente o modelo de Neuman (1989) (abordado no ponto anterior) e o modelo de Vaz Serra (1999).

Claude Bernard, fisiologista francês (1813-1878), foi precursor nesta área, ao salientar que as ameaças físicas ao organismo provocam determinadas respostas, com o objetivo de controlar essa ameaça. Este autor aborda o stress através da capacidade de autorregulação que o ser humano tem, a fim de manter o equilíbrio interno: o equilíbrio que permite a vida implica uma manutenção constante entre o meio interno e as modificações do meio externo (Serra, 2002).

Cannon, professor de Fisiologia, criou o Modelo de Luta e Fuga que defende que as ameaças externas provocam uma resposta de luta e fuga, ou seja, há uma atividade que possibilita a fuga aos agentes stressores. Cannon refere a capacidade de equilíbrio como homeostase.

Selye foi o primeiro a introduzir o termo *stress* e foi o responsável pelo Síndrome Geral de Adaptação, que apresenta o stress como fazendo parte da vida, “...ao ponto de todos os acontecimentos diários afectarem a manutenção do equilíbrio do organismo, ao postular e comprovar a relação entre stressores e respostas químico - fisiológicas do corpo”¹⁶ (Moreira & Melo, 2005:180). O stress apresenta 3 fases distintas: fase de alarme (há um aumento da atividade após a atuação do agente stressor), fase de resiliência (onde atua o coping) e a fase de exaustão (ocorre quando há uma exposição constante ao stress). Selye aborda o conceito de “doenças de adaptação”, que surgem perante as reações desadaptativas ao stress, “...a doença é o preço que o organismo tem de pagar pela defesa contra uma exposição prolongada a agentes stressores...”¹⁷ (Stroebe & Stroebe 1995 citados por Pinto e Chambel, 2008:39)

A Teoria dos Acontecimentos de Vida, criada por Holmes e Rahe, apresenta o stress como sendo o conjunto das respostas aos acontecimentos de vida. Existem os grandes acontecimentos de vida (*life events*) e os aborrecimentos diários (*hassless*) ou microstressores; “...as formas menores de stress são melhores preditoras da saúde-doença/bem-estar físico e psicológico do que os grandes acontecimentos de vida”¹⁷ (Bartlett 1998, citado por Pinto e Chambel 2008:41)

¹⁶ Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental, do Tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-34751-1.

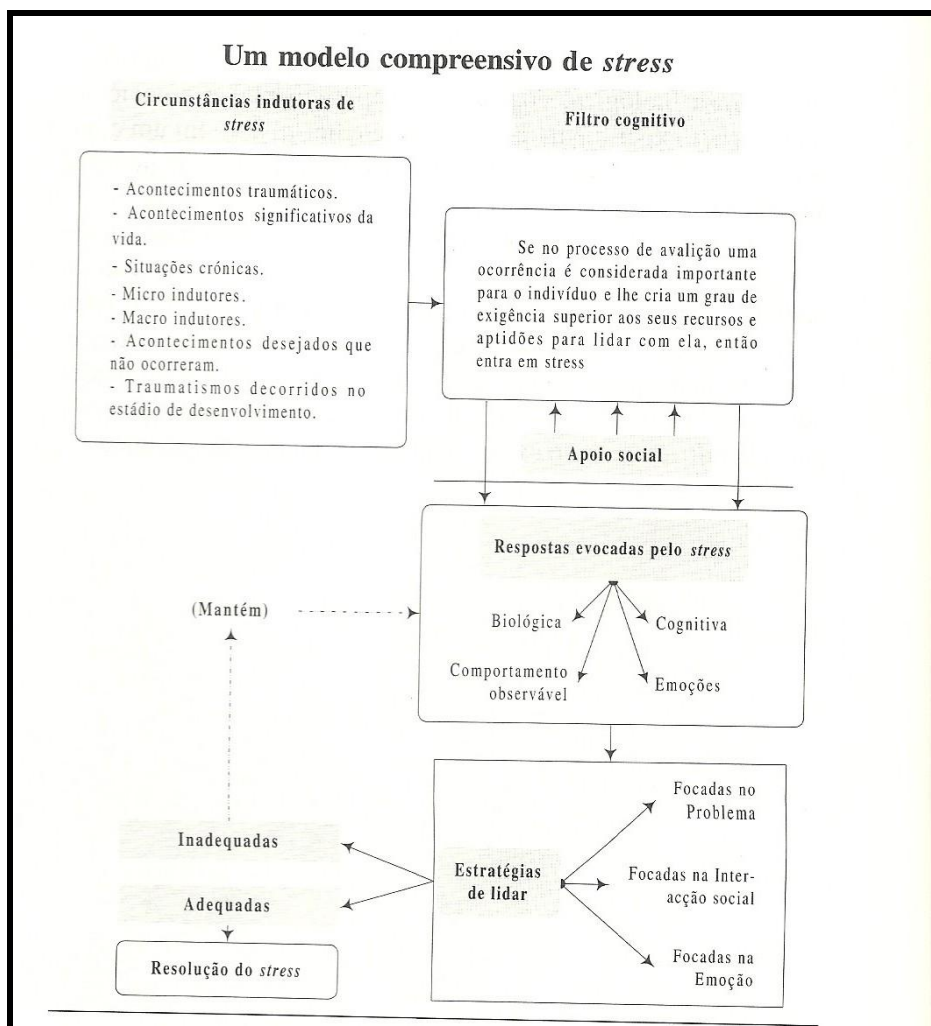
¹⁷ Pinto, A. M. & Chambel, M. J. (2008) – *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas*. Lisboa: Livros Novo Horizonte.

Lazarus e Folkman abordaram o stress através das emoções, com o Modelo Transaccional, que aborda o estado psicológico como elemento central, ou seja, são as pessoas, como seres psicológicos, que avaliam o meio externo e se adaptam ao mesmo.

Serra (2002) apresenta-nos um modelo compreensivo do stress que julgamos bastante pertinente e esclarecedor.

Figura 2 - Um modelo compreensivo de stress.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor. Pág. 30.

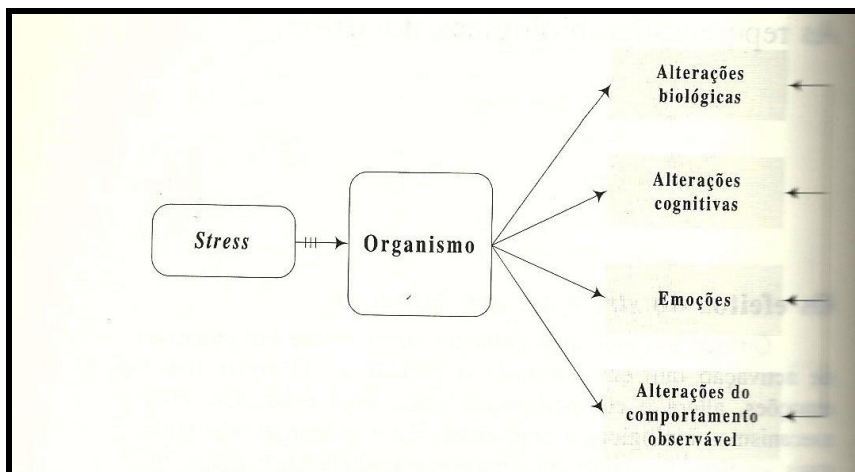


Neste modelo é referida como condição principal, para existir stress, a presença de elementos desencadeantes, elementos esses a que o indivíduo é sensível. Essas ocorrências são filtradas e avaliadas pela pessoa e só depois poderá entrar, ou não, em stress, dependendo se consegue ou não fazer face a essas tensões. As respostas ao stress podem ser biológicas,

cognitivas, comportamentais e emocionais e são as estratégias de coping que permitem lidar com as pressões, diminuindo o stress se forem adequadas, ou mantendo o stress, caso sejam desadequadas.

Figura 3 - As respostas induzidas pelo stress no organismo são concomitantes e influenciam-se mutuamente.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor. Pág. 150.



Coping corresponde às estratégias para lidar com os agentes stressores, para Lazarus e Folkman (1984), citados por Serra (2002:365), “...representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos”⁵. Pode ser abordado de acordo com os recursos intrapessoais (personalidade, otimismo disposicional) ou extrapessoais (recursos materiais, que cada indivíduo dispõe perante a situação stressora, são moderadores do impacto e permitem perceber o stress de forma individual (Pinto & Chambel, 2008). Os agentes stressores podem atuar de diversas formas: com ação direta sobre o stressor, com procura de informação para facilitar a resposta, com inibição do stressor e como elemento acomodativo (há uma acomodação ao stressor).

Lazarus e Folkman (1984) citados por Pinto e Chambel (2008:36), apresentaram duas formas de coping: “o coping centrado na resolução do problema (por exemplo, a procura activa de informação ou os pedidos de apoio social instrumental)...” e o “... coping centrado na regulação das emoções (por exemplo, a negação da ameaça ou a reavaliação da situação pela positiva)...”¹⁷. O primeiro referido prende-se com as alterações das situações stressantes, através da adaptação, em que a pessoa modifica o meio ou modifica-se a si próprio (estratégias de confrontação, autocontrolo,

procura de suporte social, assumir de responsabilidades, delineamento de soluções para o problema); nas estratégias focadas na emoção há uma mobilização da cognição, em que se modifica a perceção da relação com o meio, ou seja, há uma interpretação das situações de stress, através do distanciamento, do evitamento e da reavaliação positiva (Ruivo, 1999).

Em situações de stress são mobilizadas diversas estratégias de coping, sucedendo-se à medida que há contacto com os stressores, ou seja, depende de uma avaliação prévia da situação. Após essa avaliação é que são escolhidas estratégias mais focadas no problema ou na emoção. As estratégias centradas no problema estão diretamente associadas a uma melhor situação física e psicológica; por outro lado, as estratégias de coping centradas nas emoções promovem um pior prognóstico (Pinto & Chambel, 2008).

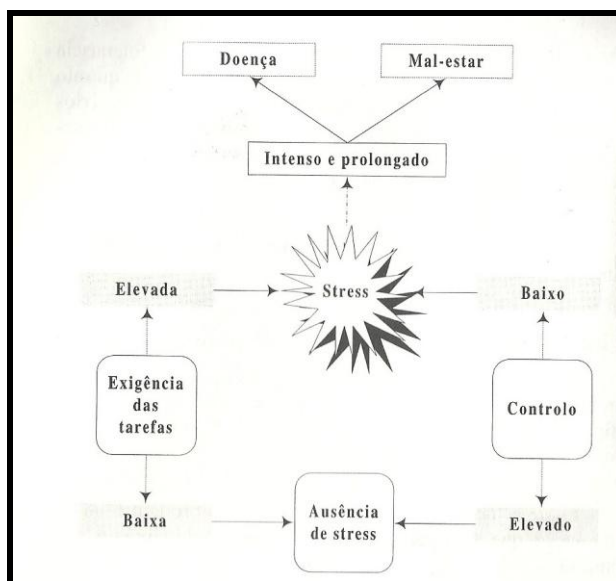
5.2.2 – Trabalho

“Trabalho” tem uma raiz etimológica interessante, que designa algo penoso, *tripalium*, que consiste num instrumento de tortura feito com 3 paus (Rodrigues, Álvaro & Rondina, 2006). Trabalhar é algo que faz parte da vida das pessoas, foi uma forma do Homem se organizar em sociedade, é uma necessidade, permite o desenvolvimento individual e coletivo e envolve elementos da vivência emocional, “...para além de comportar cerca de 1/3 da [...] existência...”, constituindo assim, “...um ingrediente essencial da identidade da pessoa”¹⁸(Ribeiro, Fomes & Silva, 2010:1494).O trabalho pode ser uma atividade positiva e enriquecedora e uma situação stressora que desgasta e prejudica o indivíduo.

¹⁸ Ribeiro, L., Fomes, A. R. & Silva, M. (2010). Stress Ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. Em: Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, 4 a 6 de fevereiro de 2010. 1394-1508. Acedido em 22-02-2011 às 11h em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10508/1/3-Atas-SO-M%c3%a9dicos%20e%20enfermeiros-Simp%c3%b3sio%20Psicologia.pdf>.

Figura 4 - Relação entre trabalho (representado pela exigência das tarefas) indivíduo (percepção de controlo) e stress.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor. Pág. 475.

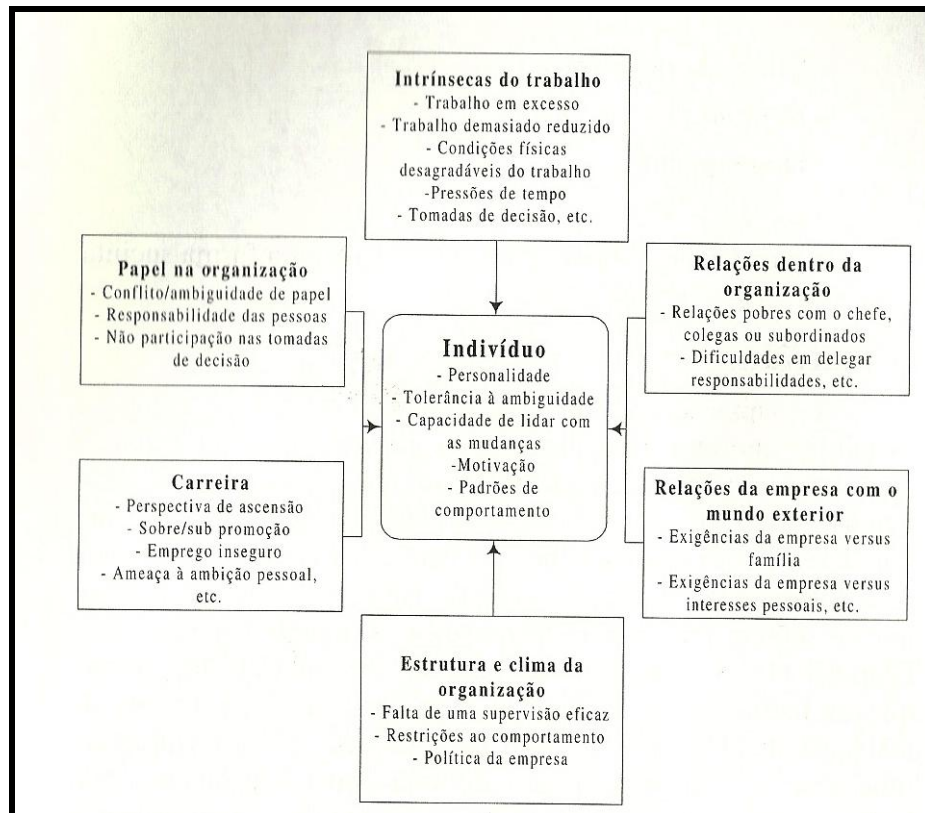


O mal-estar relacionado com o trabalho desencadeia desconforto psicológico, que se manifesta através da raiva, da ansiedade, da frustração, de danos orgânicos, conflitos, absentismo, entre outros. Neste ponto é evidente que o trabalho tem um cunho subjetivo, que só começou a ser valorizado a partir do momento em que a saúde dos trabalhadores foi afetada e isso teve impacto na produtividade. O mais importante é que o trabalho não fique desafetivado, o que o tornará insuportável e penoso (Rodrigues et al. 2006).

Existem vários fatores que podem ocasionar stress no trabalho, sendo que no centro da ação está o indivíduo, com a sua personalidade, tolerância e mecanismos de coping. Tudo vai interagir com os stressores, que podem ser as próprias características do trabalho (sobrecarga, subcarga, autonomia de decisão, trabalho por turnos, condições físicas, conflitos de papel), as relações interpessoais, a carreira profissional, o clima da organização e o próprio desemprego.

Figura 5 - Condições indutoras de stress no trabalho (adaptado de Sutherland e Cooper, 1990).

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor. Pág. 479.



5.2.3 – Stress Ocupacional/Burnout

“Apercebi-me, ao longo do meu exercício diário, que por vezes as pessoas são vítimas de incêndio tal como os edifícios; sujeitas ao efeito da tensão produzida pelo nosso mundo complexo, os seus recursos internos consomem-se, como sob acção das chamas, não deixando senão um imenso vazio no interior, ainda que o invólucro exterior pareça mais ou menos intacto.”² – Herbert Freudenberger (1980) citado por Delbrouck (2006:47).

O stress ocupacional foi abordado em 1992, por Dejours, como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho; é o reconhecimento por parte de um trabalhador da sua inabilidade ou incapacidade para enfrentar as

exigências relacionadas com o trabalho e sua subsequente experiência de desconforto, mal-estar e sofrimento. É um processo de perturbação em que o indivíduo mobiliza excessivamente a sua energia de adaptação para enfrentar solicitações do meio profissional que ultrapassam as suas capacidades físicas e/ou psíquicas.

O stress que surge em meio laboral (Vide figura 4, pág. 36 e figura 5, pág. 37) e pode ser influenciado por variáveis de natureza situacional: suporte social, exercício físico regular, relação trabalho/família; e de natureza pessoal: mecanismos de coping, locus de controlo, autoestima, vulnerabilidade ao stress e padrão de comportamento de tipo A (Santos & Teixeira, 2009) .

Os agentes stressores prendem-se com o indivíduo, com as características do trabalho, com a autonomia de decisão, com o papel a desempenhar na organização e com carreira profissional; envolvem os aspetos inerentes à organização, à administração e ao sistema de trabalho da mesma, assim como à qualidade das relações humanas nelas existentes. Variam de pessoa para pessoa e estão diretamente relacionados com a história pessoal, com as necessidades e com os mecanismos de coping.

O stress ocupacional está na origem do Burnout e é uma “...*resposta complexa ao stress profissional prolongado ou crónico*”¹⁷ (Gil-Monte e Peiró 1997 citados por Pinto e Chambel, 2008:30). Existem diversas expressões equivalentes a *Burnout*, em várias línguas: *karoshi*, em japonês; *malaise, épuisement e usure*, em francês; *malestar e estar quemado*, em castelhano e esgotamento, em português.

Herbert Freudenberger, em 1974, definiu a exaustão profissional, ou Burnout, como um estado de fadiga, de frustração (Delbrouk, 2006).

Foi na década de 80 que se desenvolveu mais o interesse pelo Burnout, principalmente centrado nas profissões de ajuda, sendo estas consideradas de alto risco, pois implicam relação.

Maslach e Schaufeli (1993), citados por Pinto e Chambel (2008:16), definem como as principais características do Burnout a “...*extrema fadiga e perda de idealismo e paixão pelo trabalho*...”¹⁷ e caracterizam-no como uma síndrome de três elementos: a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal.

Enquanto o stress corresponde ao processo de adaptação temporário, o Burnout é o processo de quebra de adaptação resultante da exposição prolongada aos agentes stressores, culminando no disfuncionamento crónico. No Burnout, estamos perante uma estratégia de coping disfuncional (Pinto & Chambel, 2008), para Nelson e Simmons (2003), citados por Pinto e Chambel, (2008:46,47), “o stress é uma experiência vital, vivida por todos os seres humanos, e que tanto pode

ter efeitos negativos como positivos”¹⁷; o Burnout só surge em pessoas motivadas, com níveis altos de expectativas, envolvidas no trabalho, em que acaba sempre por haver um prejuízo.

Existem diversos modelos teóricos do Burnout de acordo com os tipos de abordagem: ao nível individual (Modelo de Edlwich e Brodsky, Modelo de Meier), interpessoal (Modelo de Maslachf, Modelo de Schaufeli), organizacional (Modelo de Cherniss – modelo baseado num estudo efetuado a profissionais de saúde mental e a enfermeiros–, Modelo de Maslach e Leiter, Modelo de Golembiewski) e social (Modelo de Meyerson, Modelo de Handy).

O Burnout é uma síndrome composta por uma trípole de fases, que evoluem de forma progressiva: exaustão emocional, despersonalização (desumanização na relação com o outro) e sentimento de incompetência. As causas são várias e podem ser externas (volume de trabalho, falta de descanso, excesso de responsabilidades) e internas (ansiedade, espírito de empreendimento, desejo de agradar a toda a gente, um sentido de autocrítica demasiado severo, não delegação de funções, mentalidade de salvador) (Delbrouck, 2006).

Na maior parte dos casos, o Burnout só é reconhecido quando já está instalado há algum tempo, o que não permite um tratamento precoce do mesmo. Na fase inicial é facilmente confundido com um simples estado de fadiga ou cansaço, não valorizado pelo indivíduo e pela organização.

A exaustão profissional surge acompanhada de sentimentos de perda de vitalidade, desalento, desconcentração, irritabilidade, perturbações físicas e fadiga emocional, frustração e apatia.

5.2.4 – Stress nos profissionais de saúde

Os serviços de saúde são organizações que visam as necessidades dos clientes, esquecendo-se muitas vezes dos profissionais e das condições de trabalho destes. São sistemas complexos, em que existe um confronto constante com situações emocionalmente intensas, pautadas pela doença e pela morte e que causam situações de ansiedade e tensão, contribuindo em grande parte para a ocorrência de acidentes de trabalho, episódios de stress intenso, fadiga física e mental.

Há um investimento claro na humanização dos cuidados de saúde prestados aos clientes, mas há um enorme desfasamento face às condições de trabalho e à motivação dos profissionais, sendo colocada a tónica no saber e no saber-fazer. O ser, o saber-ser e o saber-estar ficam

descorados desta dinâmica, da preocupação das organizações e até dos sistemas políticos vigentes; *“é aí que reside o paradoxo, pois é necessário que «acreditem o bastante» para realizarem o seu trabalho e para desejarem lutar quando tudo parece já perdido, mas que não «acreditem excessivamente», para que a queda (que mais tarde ou mais cedo acaba sempre por sobrevir) não seja demasiado dura...”*² (Delbrouck, 2006:20)

Os profissionais de saúde “autotratam-se”, realizam autodiagnósticos e automedicação, são doentes difíceis e o Burnout é uma doença dos profissionais da relação de ajuda.

A prevenção dos riscos associados ao stress ocupacional é pertinente, já que é considerado um dever legal na União Europeia, desde a publicação da Diretiva – Quadro de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (1989). Esta diretiva salienta que o empregador tem que assegurar a segurança e a saúde dos seus empregados, em tudo o que está implicado no trabalho, ou seja, ficam incluídos os riscos psicossociais e as condições de bem-estar físico e psicológico.

Em Portugal, o direito à saúde mental no trabalho vem consagrado no Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho (2009). Na maioria dos nossos serviços não é realizada qualquer intervenção a este nível e os motivos para tal são vários: desconhecimento da lei, gestores pouco preocupados com esta problemática, desconhecimento do que se pode fazer, pouca valorização por parte da Autoridade para as Condições de Trabalho e da Direção-Geral da Saúde, entre outras.

O Observatório Europeu dos Riscos (2007) realizou um inquérito a peritos, concluindo que estão a surgir novos riscos psicossociais: novas formas de contrato de trabalho, insegurança no emprego, envelhecimento da mão de obra, intensificação do trabalho, aumento das exigências emocionais e incompatibilidades entre o trabalho e a vida pessoal.

Ao consultar variada bibliografia é inequívoco que o stress ocupacional é uma das principais causas de degradação da saúde mental dos trabalhadores, quer do ponto de vista individual, organizacional e social.

Quando há referência ao mal-estar laboral, pensa-se no sofrimento causado pelo trabalho, na ansiedade, no medo, na angústia, o que leva, muitas vezes, à somatização, o que evolui para a psiquiatrização, medicalização dos sintomas, absentismo e para a reforma antecipada por incapacidade.

Desde já há algum tempo que este tema preocupa os investigadores, pelo que, existem estudos, de 1994, que apontam as profissões ligadas à saúde como aquelas que mais sofrem com o stress ocupacional. McIntyre (1994:193) refere que *“um estudo de 22.000 trabalhadores em 130 ocupações revelou que 7 das 27 ocupações consideradas de stress elevado estavam relacionadas*

com os cuidados de saúde”¹⁹, o que nos faz pensar, até que ponto a responsabilidade por pessoas, a relação terapêutica estabelecida e tudo o que a nossa profissão envolve, contribui para a nossa exaustão emocional. McIntyre (1994) refere, ainda, quais as fontes de stress para os profissionais de saúde, agrupando-as em aspetos organizacionais (nível de responsabilidade, conflitos de papel, clima organizacional) e aspetos sócio-emocionais (relação com os clientes). Em Portugal há estudos de 1988 (José Nogueira) em médicos do Porto e de 1994 (Félicio e Pereira), também em médicos, mas de Lisboa; ambos revelando níveis moderados de stress ocupacional.

5.2.5 – Stress nos profissionais da saúde mental

Pines e Maslach (1978) estudaram um grupo de profissionais de saúde mental e puderam concluir que a permanência nesta área de cuidados promove um aumento de sintomas de Burnout (Correia, 1996/1997).

Delbrouck (2006) aborda o Burnout nos profissionais da saúde mental, destacando o confronto permanente com pensamentos delirantes, alucinações, embotamento afetivo, desarmonia afetiva, discursos desorganizados, afetos despropositados, demências e depressões. São clientes que necessitam de uma grande disponibilidade afetiva e tolerância por parte dos profissionais, o que exige muito deles.

Moore e Cooper (1996), citados por Queirós (2005), referem que 44% dos profissionais de saúde mental indicam a insatisfação, ou o stress, como resultado do fraco reconhecimento pelo trabalho realizado. Varoli e Souza (2004), também citados por Queirós (2005), realizaram um estudo com 115 profissionais, no âmbito da saúde mental, denominado “O sofrimento dos que tratam: Burnout em profissionais de saúde mental”, em que concluíram que 7% apresenta burnout, 14,8% tem propensão à síndrome, 20,9% têm sinais e sintomas de esgotamento emocional e 5,2% tem um alto nível de despersonalização.

Também Lara (1999), citada por Ramminger (2005), realizou um estudo em profissionais de um hospital psiquiátrico no Paraná, em que concluiu que 40% apresentavam esgotamento emocional e stress crónico. Por sua vez Thornton (1992), citado por Serra (2002), refere que os

¹⁹ McIntyre, T. M. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, **XII**, (2-3), 193-200.

profissionais de saúde que utilizam estratégias de fuga-evitamento são os que mais desenvolvem Burnout.

5.2.6 – Stress nos profissionais de saúde mental – Problemática da Adição

No que diz respeito à área mais específica da Adição, em 1969, Bradley citado por Pinto e Chambel (2008:17), refere-se ao “...*staff burnout de profissionais que acompanhavam um programa comunitário para jovens delinquentes*.”¹⁷ Já em 1974, Freudenberger também abordou o *staff burnout*, em que foi descrito “...*um estado de exaustão emocional, perda de motivação e de empenhamento, que afectava os voluntários*...” dum “...*serviço de recuperação de toxicodependentes*.”¹⁷ (Pinto & Chambel, 2008:17)

Price e Spence (1994) realizaram um estudo com profissionais na área do álcool e outras substâncias, em que concluíram que existiam associações significativas entre a exaustão emocional e o suporte do supervisor (Correia, 1996/1997). Na mesma vertente, Correia (1996,1997) realizou o trabalho de investigação “O Burnout nos profissionais dos centros de atendimento de toxicodependentes: Causas e consequências”, cuja população foi constituída pelos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes de Lisboa e Vale do Tejo, num total de 188 pessoas. Este investigador pretendeu analisar as possíveis relações entre fatores que influenciam o Burnout e as consequências do mesmo; concluiu que a pressão no trabalho contribui para o stress.

Na área da Adição existe uma ênfase na relação e no envolvimento emocional e, segundo Maslach e Jackson (1982), citados por Correia (1996/1997: 21), “...*quanto mais tempo e mais intensa são as relações interpessoais, maior é o risco de esgotamento emocional e burnout*”²⁰. Também face à gestão das expectativas esta é uma área sensível, pela complexidade da problemática, gestão das recaídas e sensação de não retribuição pelo trabalho realizado. Expectativas demasiado elevadas e irrealistas podem ter um efeito negativo face à autoestima do profissional, aumentando assim o risco de Burnout.

²⁰ Correia A. J. (1996/1997). *O burnout nos profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes: causas e consequências*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

5.2.7 – Stress na Enfermagem

Salvage (1990), citado por Martins (2003) refere que, **“sempre se esperou que os Enfermeiros respondessem à obrigação de Cuidar fosse em que circunstância fosse”**²¹.

A Enfermagem pertence ao grupo das profissões chamadas de *helping professions*, pois são estes os profissionais que passam mais tempo junto dos clientes e suas famílias, adotando uma proximidade física e emocional: “...não é de estranhar que a enfermagem tenha sido classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais stressante do sector público”¹⁸(Ribeiro et al., 2010:1495, citando Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005). Também Phaneuf (2005) refere as situações penosas, o ambiente de trabalho com carácter urgente, em que os enfermeiros têm que se autocontrolar, mobilizar conhecimentos e gerir relações e emoções (suas e dos outros), como elementos que contribuem para o esgotamento profissional e consequentes situações danosas para os profissionais e clientes, tais como: depressões, isolamento, baixa produtividade, problemas físicos e absentismo.

Só por si, as atividades de enfermagem confrontam-se com limites: o bem e o mal, a saúde e a doença, a vida e a morte; o enfermeiro confronta-se diariamente com eles, tornando-se parte do seu trabalho. Também o sentido de responsabilidade por pessoas, em muitos casos, pessoas doentes com prognóstico reservado e o atendimento e orientação dos familiares destes, funcionam como sobrecarga para estes profissionais. Os efeitos são vários, para o próprio e para o que o rodeia, o que neste caso importa é ressaltar os clientes a quem são prestados cuidados. Moreira et al. (2009) referem como efeitos mais importantes: as faltas, o pedido de atestados e licenças, o abandono do emprego e a diminuição da qualidade do trabalho.

Menzies, em 1960, foi o primeiro a identificar, o stress na Enfermagem, Marshal citado por Thelan Davie e Urden (1993:81) refere que o “*papel da enfermeira é, sobretudo lidar com o stress*”²².

²¹Martins, M. C. A. (2003) – *Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar*. Acedido em 10/11/2011 às 12h. <http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm><http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm>.

²²Thelan, L., Davier, J. & Urden, L. (1993) – *O stress e os enfermeiros de cuidados intensivos. In enfermagem em cuidados intensivos*. (2ª Ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Atualmente vivemos situações económicas e sociais complexas, que têm um impacto claro ao nível laboral e a Enfermagem, não é exceção. Deparamo-nos com as novas formas de contratação, a insegurança no trabalho, o desemprego de longa duração, formas agressivas de competitividade (quer para a manutenção do posto de trabalho, quer para a progressão na carreira), o envelhecimento dos profissionais efetivos, o trabalho intenso, as exigências emocionais da relação terapêutica, a má articulação entre o trabalho e a vida pessoal, entre outros. Como refere Murcho (2010: 26), este “...*mal-estar ocupacional...*” acaba “...*por condicionar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, e concomitantemente interferir na saúde dos seus utentes e envolventes...*”²³.

Leiter, Harvie e Frizle (1998), citados por Grazziano (2008:68), referem que “...os *pacientes internados em unidades nas quais as enfermeiras consideravam o seu trabalho mais significativo, estavam mais satisfeitos com todos os aspectos relacionados à sua permanência no hospital.*”²⁴

Queirós (2005), por sua vez, salienta o impacto do stress nos enfermeiros e nos seus clientes: esgotamento físico e psicológico, com o aparecimento do cansaço e exaustão emocional; desenvolvimento de comportamentos mais distantes, frios, despersonalizados, com os clientes e colegas; aparecimento de sentimentos como a impotência, desadequação pessoal e profissional. Também Serra (2002:519), citando Sutherland e Cooper (1990), afirma que “...as *enfermeiras em comparação com mulheres de outros grupos profissionais de idades semelhantes, apresentam um maior índice de mortalidade; têm, além disso, uma expectativa de vida menor quando confrontada com profissões tradicionalmente femininas...*”²⁵. Blegen (1993), citado também por Serra (2002), refere que em 48 estudos, em que foram avaliados 15.048 enfermeiros, verificou-se que quanto maior o nível de stress sentido, menor o nível de satisfação no trabalho e menor o envolvimento com a organização.

No que diz respeito ao stress ocupacional na enfermagem os agentes stressores podem ser agrupados da seguinte forma, atendendo a:

²³ Murcho, N. Á.C. (2010). *Mal-Estar E Bem-Estar Em Enfermeiros: Levantamento Da Situação E Perspetivas De Intervenção*. Faro: Universidade do Algarve.

²⁴ Grazziano, E. da S. (2008). *Estratégia para a redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares*. São paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Acedido a 06-08-2012 às 14h em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-14052009-101907/pt-br.php>.

-Conteúdo do trabalho: os profissionais devem ser calculados com base em algumas condições, nomeadamente as características do serviço de saúde, quantidade e qualidade do equipamento, capacidade da equipa, planta física e número de clientes. A carga psíquica e afetiva são muito importantes no Cuidar, pois o espaço de cuidados é por vezes encarado como um local limite, uma vez que é lá que se sente a identidade profissional polimorfa e difusa, já que por vezes não sabemos bem quem somos, o que temos realmente que fazer ou não.

-Condições de trabalho: fala-se muito em sobrecarga de trabalho (físico e mental), pois com a intensificação do ritmo global do trabalho de enfermagem e com o não aumento do número de profissionais, o serviço é sentido pelos mesmos como algo em série, descurando os planos de cuidados realizados em função do cliente. O sentido de segurança e estabilidade é importante para que os cuidadores se sintam cuidados, para que cuidem melhor. No contexto atual e segundo Hesbeen (1998:37), *“a qualidade dos serviços prestados tal como a avaliação dos mesmos estão cada vez mais presentes nas preocupações políticas, económicas e de gestão”*²⁵, assim como, a conjectura de limitações orçamentais, promovendo um maior controlo dos recursos humanos.

No que diz respeito ao ambiente físico, a inexistência de um local de descanso para a equipa é importante, pois é necessário proporcionar um local privado, confortável e com ambiente descontraído. O ruído, o barulho no serviço, também é um elemento abordado. Quando este é inesperado, provoca uma reação de alarme pelo aumento dos corticoides, adrenalina e noradrenalina; uma repetição deste processo pode levar a uma situação de stress, com sintomas de náuseas, cefaleias, irritabilidade, instabilidade emocional, sonolência ou insónia, diminuição da produtividade e aumento do número de acidentes.

Também o manuseamento de equipamentos especializados, em que muitas vezes não existe a formação adequada, é referido como gerador de stress. Os riscos de contaminação compreendem os riscos biológicos, que abrangem doenças transmissíveis agudas e crónicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas (serviços de infetocontagiosas, serviços onde se prepare e administre citostáticos, entre outros).

Os horários são, na sua maioria, de 35 horas semanais, distribuídas pelos vários turnos, sendo que, por vezes, estas horas se prolongam, devido a passagens de turno longas, atrasos, situações inesperadas ou urgências com clientes. O trabalho noturno é um fator importante, pois a falta de sincronismo entre o ritmo circadiano e a atividade física está patente, ou seja, à noite quando o ritmo circadiano está baixo, a atividade física está alta e durante o dia, quando o ritmo circadiano está alto a atividade física está baixa. São referidas queixas de fadiga crónica, queixas

²⁵ Hesbeen, W. (1998) – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

gastrointestinais, alterações do sistema termorregulador e do ritmo de excreção de adrenalina. A renúncia aos fins de semana, feriados e festas comemorativas, comprometem a participação na vida familiar e social. A vida pessoal fica descorada, é sentida como prejudicada e isso tem impacto na forma como se sente a profissão, como se investe na mesma, como se investe neste Cuidar, neste ser Cuidador.

-Fatores organizacionais: a organização do trabalho exerce sobre o indivíduo uma determinada ação, nomeadamente ao nível psicológico, o que em certas situações pode desencadear sofrimento.

Dejours et al. (1994), citados por Maria do Carmo Haddad (2000), afirmam que “a organização do trabalho exerce sobre o homem uma acção específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projectos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora”²⁶. Uma rigidez excessiva na organização do trabalho neutraliza a vida mental durante o mesmo, quando o trabalhador apresenta uma maior liberdade em organizar o seu próprio trabalho, adapta-se melhor.

Os enfermeiros têm que realizar tarefas com tempo mínimo disponível, elaborar escalas mensais e realizar tarefas burocráticas. Para poderem incorporar novas atividades, foram reduzindo o tempo dedicado à realização de algumas atividades próprias da profissão e delegam funções noutros profissionais que gostavam de desenvolver ou consideram importantes, o que acaba por gerar conflito. Neste contexto surgem também as atividades de carácter administrativo em detrimento dos cuidados diretos ao cliente: as rotinas, o preenchimento de papéis, as tarefas repetitivas, um saber-fazer rigidamente estruturado, normativo, organizado, burocratizado que perde a sua flexibilidade, que prejudica a qualidade do Cuidar.

Segundo a literatura estudada e no que diz respeito à comunicação, o ambiente é sentido como hostil, sem partilha, sem diálogo, em que os conflitos de papéis surgem, pois há uma certa tendência para o isolamento; são traçados objetivos individuais e a falta de reconhecimento por parte dos médicos e dos enfermeiros-chefes, levam o enfermeiro a sentir uma desvalorização crónica. Um tratamento pautado pela desconsideração e os favoritismos, por parte do superior, relaciona-se positivamente com a tensão e a pressão no trabalho (McClean, 1979 citado por Martins,

²⁶ Haddad, M.do C. L. (2000) - *Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem*. Acedido em 16/02/2011 às 16h, em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm> .

2003). Além disso, uma liderança muito estreita e demasiado rígida sobre o trabalho dos subordinados também pode resultar em stress.

Os principais fatores de stress nas relações interpessoais entre membros de uma equipa prendem-se com a competição e a rivalidade, com a falta de apoio em episódios difíceis e com o deficit de relação entre iguais (Beehr, 1981, citado por Martins, 2003). Também a falta de participação nas tomadas de decisão e a fraca autonomia no trabalho são geradores de stress, há muitas vezes oposições de valores e conflitos de equipa, mas o maior problema é que tudo isto é vivido no silêncio, não há um espaço e um tempo próprio para falar das coisas que vão acontecendo. N. Aubert e M. Pages (1989), citados por Michel Delbrouck, (2006:173), referem que, *“o que é patogénico não é o conflito mas a impossibilidade de o expressar, de o enfrentar e, conseqüentemente, de o gerir. É esta que bloqueia as inevitáveis relações de poder, transformando-as em relações de dominação”*².

Verifica-se também, que na maioria das instituições a preocupação com a ergonomia, ainda é pequena, tornando o trabalho de enfermagem ainda mais penoso.

As boas relações entre os membros do grupo de trabalho são um fator central da saúde individual e organizacional (Cooper, 1973 citado por Martins, 2003). No que diz respeito à relação com o cliente, a falta de gratificação na relação pode também levar a um estado de maior exaustão e tristeza.

Os enfermeiros têm constantemente uma sensação de ambivalência, pois sentem que não estão a realizar todas as tarefas e tão bem como gostariam, com isso, são assolados pela irritabilidade e frustração. Desta forma, surgem as queixas de tensão no trabalho, de ansiedade, depressão, sintomas neuróticos, fadiga, insónia e problemas associados como a obesidade e as doenças coronárias.

-Desenvolvimento da carreira profissional: a dificuldade na progressão na carreira é referida como preocupação, assim como, o facto de essa progressão ser acompanhado de um elevado ritmo de trabalho.

-Pressões económicas e sociais: também a segurança no que diz respeito ao vínculo de trabalho é um elemento importante. A qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida. A insatisfação generalizada com o modo de vida, o tédio, a angústia, as ambiguidades, a ansiedade, a despersonalização, a frustração e a alienação no trabalho, leva a pessoa a um mal-estar patológico.

Para uma melhor qualidade de vida é necessária a melhoria das condições físicas do profissional, programas de lazer, estilos de vida, instalações organizacionais adequadas,

atendimento a reivindicações dos trabalhadores e ampliações do conjunto de benefícios. Como refere Haddad (2000) citando Walton (1973), *“a qualidade de vida visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização”*²⁷. Para uma qualidade de vida no trabalho é necessário que exista uma compensação justa e adequada (salários), condições de segurança e saúde no trabalho (condições físicas e psicológicas saudáveis, horários adequados), oportunidades imediatas para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana (autonomia, crescimento profissional), oportunidade de crescimento contínuo e segurança (aquisição de novos conhecimentos, promoções), integração social na organização (fraca estratificação), constitucionalismo na organização do trabalho (liberdade de expressão, privacidade, tratamento justo) e relevância social da vida no trabalho (a não depreciação do seu trabalho pela instituição).

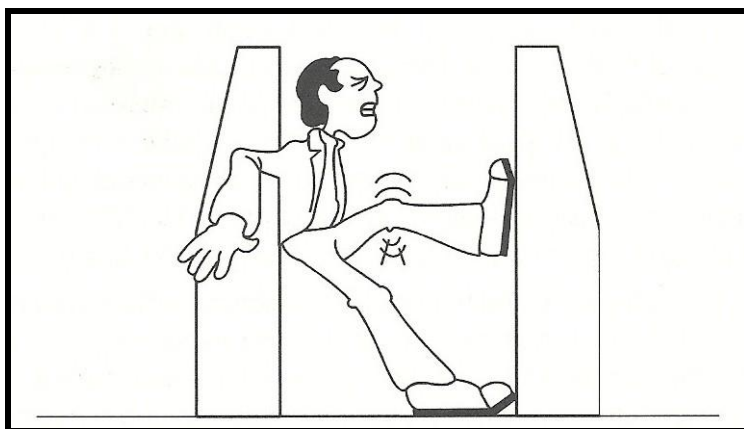
De qualquer forma o Enfermeiro não pode esquecer a sua autonomia, a sua capacidade de determinar a que necessidade deve dar resposta, ou seja, deve agir segundo o seu julgamento profissional e aceitar a responsabilidade daí inerente (REPE, Capítulo II, Artigo 4º, nº4). Segundo o REPE, o *“enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”*²⁷. É inegável a importância da saúde mental dos cuidadores, sendo que a Enfermagem, com as suas características próprias, detém condições para nos focarmos nesta problemática. Podemos defender que, através de medidas ao nível da organização do trabalho, da cultura organizacional e das práticas de liderança, será possível promover a saúde mental dos enfermeiros e prevenir situações adversas para os mesmos. O programa “Saúde para Todos no ano 2000” refere a importância da qualidade de vida dos enfermeiros, para que as suas práticas se mantenham com qualidade.

Serra (2002) fala-nos numa pressão exercida na pessoa e que provoca uma determinada tensão (maior pressão, maior tensão); quando esta tensão é excessiva há consequências para a pessoa, que tem impacto nela diretamente, mas também na sua vida e nas relações com os outros. Este autor aborda este tema, salientando a área da saúde mental como especial, detentora de inúmeros fatores indutores de stress (comunicação difícil, conflitos, agitação, estigma).

²⁷ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei Nº 161/96, de 4 de setembro.

Figura 6 - A “pressão” exercida sobre o ser humano determina, da parte deste, uma “tensão” como resposta.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor. Pág. 14.



Queirós (2005:248) realizou um estudo em enfermeiros em que chegou à conclusão que “cerca de 27% dos enfermeiros portugueses têm burnout no trabalho em fases iniciais do processo, cerca de 16% apresentam manifestações mais avançadas e aproximadamente 2% estarão num nível elevadamente grave a manifestarem ineficácia profissional”²⁸.

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) realizaram um estudo em 286 enfermeiros portugueses, em que avaliaram as fontes de stress, o Burnout, os problemas de saúde física e psicológica e a satisfação profissional. Concluíram que 30% dos enfermeiros apresentavam stress e 15% tinham já exaustão emocional. Este estudo foi ao encontro dos resultados encontrados por Petterson, Arnetz, Arnetz e Horte (1995) na Suécia, em que 80% dos enfermeiros sofriam de stress.

5.2.8 – Stress nos enfermeiros da saúde mental

Há diversos estudos que levantam esta problemática e questionam, se a enfermagem de saúde mental sofre mais de stress ocupacional que outras áreas de atuação.

O enfermeiro que trabalha na área da saúde mental presta cuidados a clientes completamente diferentes dos que estão num serviço de medicina, pois não têm uma doença física

²⁸ Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout, no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.

observável, o que implica um olhar social diferente, “os seus transtornos não são anatómicos mas do comportamento”²⁵ (Serra 2002:522). As dificuldades são várias, desde a agressividade, a comunicação, os conflitos, a agitação; há um clima de tensão emocional, desgaste físico e psicológico.

Em 1953, foi descrito o caso de Miss Jones, enfermeira de saúde mental, por Schwartz e Will, na revista *Psychiatry* (citados por Pinto e Chambel, 2008:16):

“... Miss Jones trabalhava como enfermeira num pavilhão de pacientes crónicos de um hospital psiquiátrico [...] ela concentrava-se exclusivamente nos pacientes e cuidava deles ainda com maior vigor [...] Entretanto, era cada vez mais difícil lidar com os pacientes [...] Miss Jones começou a perceber que tinha falhado [...] quanto mais deprimida e desapontada se sentia, maior o seu fracasso [...] O seu humor deprimido agravou-se, ela sentia-se exausta e tornou-se mais dura e indiferente, em particular para com os seus pacientes. Agora, Miss Jones só via os lados negativos do seu trabalho e afastou-se do contacto social com os pacientes e o pessoal do hospital. O seu trabalho parecia-lhe sem sentido e começou a faltar regularmente...”¹⁷

Jones (1987), citado por Serra (2002), afirma que os enfermeiros psiquiátricos apresentam como fatores de stress o contacto com os clientes e fatores administrativos e de organização. No entanto, num estudo desenvolvido por Costa, Lima e Almeida (2003) avaliou-se o stress associado ao trabalho do enfermeiro na área da psiquiatria. Foram inquiridos 42 enfermeiros e os resultados indicaram que “...62% da amostra não apresentaram stress, 30,9% encontravam-se na fase de Resistência e apenas 7,1% na fase de Exaustão”²⁹ (2003:63); ou seja não se identificou stress na maioria destes profissionais.

Plant, Plant e Foster (1992) citados por Serra (2002), afirmam que, no seu estudo realizado a 600 enfermeiros, na Escócia, os níveis de stress mais elevado foram referidos pelos profissionais que trabalhavam nos serviços de medicina, em detrimento dos que desempenhavam funções nos serviços de psiquiatria. Um estudo realizado na Grécia (Konstantinos e Christina, 2008) refere que: comparando os enfermeiros de saúde mental com outros, concluímos que eles não sofrem mais de stress que os outros; entretanto os agentes stressores identificados são comuns aos

²⁹ Costa J. R. A., Lima J. V. & Almeida P. C. de (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, **37**, (3), 63-71. Acedido a 04-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/08.pdf>

enfermeiros de saúde mental e aos enfermeiros de cuidados gerais, pois parecem surgir da complexidade geral dos cuidados de enfermagem e não dos cuidados específicos de cada área³⁰.

5.2.9 – Stress na Enfermagem nos Comportamentos Aditivos

A enfermagem na área da Adição tem especificidades, que se prendem com as relações estabelecidas com estes clientes (pessoas com problemas de Adição, com intoxicação do “Eu”, onde o uso de substâncias afeta o corpo, a razão e a moral - Leshner, 2005) em que o Cuidar apresenta contornos diferentes, pois tem como foco principal “...o ajudar a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor...”, ajudando o cliente “...a ganhar autoconhecimento, controlo e auto-restabelecimento no sentido da harmonia interior e da liberdade existencial.”³¹ (Watson, 2002 citada por Sequeira e Lopes, 2009:71). No fundo, pretende-se sensibilizar para que o cliente adote estilos de vida saudáveis, não mantendo comportamentos aditivos, ou, quando isto for totalmente impossível, ajudá-lo a reduzir riscos e a minimizar danos.

Os comportamentos aditivos colocam em causa a liberdade da pessoa, as escolhas que fará para o seu projeto de vida e é nessa falta de liberdade que os enfermeiros atuam, através dos cuidados que prestam. Para estes enfermeiros, estes momentos não são isentos de conflitualidade e de stress e há autores que referem que existem diversos fatores que promovem o Burnout na área da enfermagem na Adição; segundo Câmara (1998:37) “*muitos vêm para esta profissão com expectativas pouco realistas e muito idealistas do tratamento, como se a tristeza e até a toxicomania*

³⁰ “...comparing mental health nurses with other group of nurses have found that mental health nurses are less stressed than other specialities. However, most stressors identified are common to both mental health and general nurses, and stress seems to arise from the overall complexity of nurses work, rather than specific tasks required within hospital setting.” – Konstantinos, N., Christina, O. (2008). Factors Influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. *Health Science Journal*, **3**, (4), 183-195. Acedido a 1-06-2012 às 16h em Cinahl <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=122&sid=642166fd-c0ac-4353-aac8-5875a40e33eb%40sessionmgr112>

³¹ Sequeira, A. & Lopes, J. (2009) - Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efetiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *REVISTA TOXICODEPENDÊNCIAS*, **15**, (1), 67-76 Acedido a 26-05-11 às 11h em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_6.pdf

*se pudessem curar com antibióticos, ou com amor*³². Esses fatores são de várias ordens (Câmara, 1998): muitas horas de trabalho, não haver preparação para a relação psicoterapêutica, expectativas pouco realistas das instituições, as famílias desorganizadas, clientes “borderlines”, falta de feedback dos clientes (“*é algo que nos cria insegurança sobre a validade do trabalho*”³² . (Câmara, 1998:38).

Existem poucos estudos realizados em Portugal, mas existe um desenvolvido por Pires, Mateus e Câmara (2004) em 48 enfermeiros, a desempenharem funções nas ET's. Este estudo revela que estes profissionais apresentam níveis de exaustão emocional e despersonalização elevados, pois trabalham “*...em contacto directo e contínuo com pessoas frequentemente muito desorganizadas do ponto de vista físico, psicológico e social...*”³³ (2004:16).

Mais recentemente foi realizado um estudo por Tomás (2011) em que se pretendeu descrever a relação entre os aspetos psicossociais (clima organizacional e acontecimentos violentos) e o Burnout. Foram inquiridos 91 enfermeiros do IDT,IP e concluiu-se que os níveis de perceção do clima organizacional são razoáveis, com a exceção do conforto físico e do controlo; quanto aos acontecimentos violentos, estes são mais frequentes no âmbito das ameaças e ataques verbais.

Nesta área é muito importante que o enfermeiro aceite que “*as suas feridas são reconhecidas, aceites e mantidas visíveis...*”, que o poder dessas feridas possa ser usado de forma criativa, ou seja, é necessário “*...aprendermos a integrar as nossas vulnerabilidade, aceitar as nossas feridas...*” para que estejamos “*...menos dispostos a elaborar defesas grandiosas, aceitando-nos mais nas nossas limitações, na necessidade da interajuda, da pesquisa e da elaboração da dor mental, do que no desejo de sermos grandes sábios*”³² (Pires, Mateus & Câmara, 1998:40).

³² Câmara J. (1998). Síndrome de exaustão e instituições para toxicodependentes. *Revista toxicodependências*, Ano 4, (1), 35-40.

³³ Pires S., Mateus R. & Câmara J. (2004). Síndrome de burnout nos profissionais de saúde de um centro de atendimento a toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, **10**, (1), 15-23.

6- Metodologia

De acordo com as orientações para o Estágio, fornecidas pela equipa pedagógica do Curso e de acordo com os objetivos formulados, optámos pela Metodologia de Projeto.

A Metodologia de Projeto é um conjunto de atividades de índole da investigação e envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempo destinado à planificação e intervenção, problemas considerados de interesse pelo (s) participante (s) e com enfoque social. Envolve igualmente uma interação permanente entre a teoria e a prática, considerando à partida os recursos e restrições existentes, engloba a recolha e tratamento de dados, estudos de propostas de solução e implica uma avaliação contínua. Neste sentido, o tutor orienta as escolhas e acompanha o projeto em todas as fases (Ruivo et al., 2010).

A Metodologia de Projeto *“...tem como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real.”*³⁴ (Ruivo et al., 2010:3)

É uma metodologia que permite uma ação refletida, uma evolução com um ritmo próprio, que consente a construção e a reconstrução. É possível *“...prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto”*³⁴ (Leite et al. 2001, citada por Ruivo et al. 2010:4).

Esta metodologia depreende a construção de algo através da pesquisa, em que a troca de experiências permite criar conhecimento e sustentar as práticas de forma mais segura; consiste num conjunto de técnicas e procedimentos que visam estudar fenómenos da realidade e realizar a *“...ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.”*³⁴ (Ruivo et al., 2010:3), sendo esta uma das suas maiores qualidades.

Há uma relação constante entre o saber adquirido e as experiências, ou seja, há um diálogo entre os aportes escolares e as experiências individuais, em que se pretende sempre a alteração do real, de forma flexível e em função dos problemas identificados na fase de diagnóstico,

³⁴ Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, **15**, 1-37. Acedido em 02-05-2011 às 16h em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

ou seja, segundo Guerra (1994:4) “a *Metodologia de Projeto* é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”³⁵.

Josso (2002) define projeto com um carácter emocional, “é o meu projeto”, eu sou o elemento central, o dinamizador; mesmo que os colegas ou o professor se impliquem no projeto, eu sou o elemento central. A implicação do grupo em que estamos inseridos é importante, pois só assim será possível intervir promovendo a mudança.

A Metodologia de Projeto está centrada no problema, “este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se bastante da investigação-acção.”³⁴(Ruivo et al., 2010:3)

O investigador consegue compreender melhor o problema e onde o mesmo se insere, para que ao planificar as intervenções tenha em conta toda a problemática. Implica cinco fases distintas, em que a primeira implica o diagnóstico de situação, a planificação, a execução, a avaliação e a divulgação.

Esta metodologia implica uma atividade intencional em que são delineados objetivos, para que posteriormente seja possível planear atividades, com iniciativa, autonomia e autenticidade, envolvendo complexidade e incerteza, sendo prolongado e faseado no tempo.

Na Enfermagem existe o processo de enfermagem que tem na sua base esta metodologia, “...é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo as etapas logicamente ordenadas, utilizado para a planificação de cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa/cliente”³⁴(Phaneuf, 2001 citada por Ruivo et al. 2010:7).

A Metodologia de Projeto é constituída por cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento de Intervenções, Execução e Avaliação e, por último, a Divulgação dos Resultados (Ruivo et al., 2010).

- No **Diagnóstico de Situação** definimos problemas e identificamos necessidades, através de instrumentos da investigação (questionários, entrevistas, observação, FMEA, análise SWOT) e da própria observação. Estes problemas são problemas de saúde, definidos por Tavares (1990), citado por Ruivo et al. (2010: 11), como o “estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico, ou pela colectividade”³⁴.

³⁵Acção de Promoção e Educação para a Saúde/ Escolas Promotoras de Saúde - Metodologia de Projeto. Acedido em 09-05-2011 às 13h em <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

Os instrumentos utilizados vão depender do tipo de projeto, dos objetivos, do que pretendemos recolher e da avaliação pensada para o mesmo, das competências dos investigadores e do tempo disponível para esta etapa.

Esta fase tem como objetivo *“...a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar”*³⁴ (Ruivo et al., 2010:10). Pretende-se analisar as necessidades da população-alvo, com o objetivo de, mais tarde, construirmos uma rede de intervenções que visam atingir os objetivos previamente delineados.

Na área da saúde esta metodologia é muito adequada, no que diz respeito à primeira fase, pois permite que se criem projetos baseados nas reais necessidades dos clientes, em que se aproveita a multidisciplinaridade das equipas e se fomenta a motivação e a autonomia dos alvos das intervenções; Brissos (2004), segundo Ruivo et al. (2010: 10), refere que *“um projecto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projecto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes.”*³⁴

É realizada a avaliação das populações de forma categórica, para que possamos, no final, responder às reais necessidades das mesmas. É um processo dinâmico, sistémico, prospetivo, interpretativo e contínuo, ao longo do projeto, e os seus resultados servirão como elemento de comparação aquando do processo de avaliação (última fase da metodologia), ditando assim o sucesso ou o fracasso do mesmo.

O diagnóstico de situação inclui 4 etapas que são:

- *“a identificação dos problemas existentes no seio da população em estudo;*
- *o estudo da evolução prognóstica dos problemas, prevendo as repercussões que eles possam vir a ter em termos de estado da população;*
- *o estudo da rede da causalidade dos problemas determinando as causas e os factores de risco que condicionam a sua existência, assim como as inter-relações entre aqueles, tornando possível identificar as áreas causais mais vulneráveis e cuja minimização mais influenciará o estado da população; a determinação das necessidades;*
- *a determinação das necessidades, identificando a magnitude da diferença entre o estado actual e o desejado, correspondendo ao necessário para solucionar problemas.”*³⁵ (Tavares, 1990 citado por Ruivo et al., 2010:11).

A Definição de Objetivos visa apontar os resultados que pretendemos alcançar, podendo ser mais gerais (os primeiros a serem enunciados) ou mais específicos, ou seja, os objetivos “...assumem-se como representações antecipadoras centradas na acção «a realizar»...”³⁴ (2010: 18) e são definidos consoante os níveis em que se enquadram.

Como objetivos gerais, estes são definidos por Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo et al. (2010:18), como “...enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados...”³⁵ e são formulados tendo como base as capacidades, os conhecimentos, os resultados a obter e permitem eleger os instrumentos de investigação a usar, o caminho a seguir.

Os objetivos específicos “...são indicadores de conhecimento e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo...”³⁴ (2010:18) e têm na sua base o objetivo geral, pois resultam da subdivisão do mesmo. Quanto mais complexo é o objetivo geral mais são os objetivos específicos, pois assim conseguimos diminuir a subjetividade do objetivo geral.

A definição dos objetivos deve obedecer a determinadas regras, pois isso vai permitir facilitar o momento de avaliação dos mesmos. Os objetivos devem ser claros, concisos, mensuráveis, reais, utilizando os verbos no infinitivo. No que concerne à definição de objetivos específicos estes devem obedecer as seguintes regras: “definição do comportamento esperado, utilizando um verbo que exprima uma actividade que seja possível observar e identificando o formando como sujeito; especificar as condições de realização, definindo os meios disponíveis e informações fornecidas; especificar os critérios de êxitos, fazendo referência à quantidade a ser produzida, bem como o tempo disponível e possíveis erros”³⁴ (Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo et al., 2010:18).

Na Metodologia de Projeto existe um compromisso entre a planificação do projeto e os objetivos definidos.

- O **Planeamento de Intervenções** implica a realização do plano detalhado do projeto, em que se equacionam as atividades, a calendarização das mesmas, os recursos que irão ser necessários e se calculam os riscos e as estratégias a utilizar. Estas intervenções são delineadas tendo como base os objetivos anteriormente traçados.

As atividades podem ser de vários níveis: sessão de educação para a saúde, folhetos informativos, sessões de *role – playing*, entre outras.

As estratégias visam a utilização correta dos recursos, que podem ser artigos científicos, dados de bases científicas eletrónicas ou livros e têm como base a pergunta de partida e as

palavras-chave. Ao longo do trabalho é necessário ir realizando pequenas avaliações, para que se possa definir estratégias mais adequadas e para isso pode-se desenhar um cronograma.

Para se elaborar um projeto, para além das atividades e das estratégias, são importantes os meios que consistem “ *na determinação de quais os recursos – pessoa, equipamentos, materiais – necessários, e em que quantidades, para a realização das actividades do projecto*”³⁴ (Miguel, 2006 citado por Ruivo et al., 2010:21). Também os meios são adequados ao projeto em causa, à problemática estudada, aos objetivos definidos e podem ser de ordem técnica, material, financeira ou meios humanos (criação de equipas).

- A **Execução** não é mais do que a materialização do planeamento, é a quarta etapa da Metodologia de Projeto, em que se pretende materializar e executar tudo o que foi planeado, “...o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, «um esboço de desejo», começa a tornar-se numa situação real construída.”³⁴ (Ruivo et al., 2010:23)

Esta fase é referida na literatura como significativa, pois é agora possível realizar as ideias e os planos, através das ações pensadas no processo anterior, “a execução é já transformadora”³⁴ (Ruivo et al., 2010:24). Estamos perante uma fase de muita aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências, uma fase muito rica e com uma enorme potencialidade, em que assumimos o papel de sujeito da ação, o gestor de projeto; o orientador do serviço funcionou como elemento de referência e acompanhamento e o professor foi facilitador da aprendizagem, na medida em que esteve disponível ao longo do processo.

- A **Avaliação** permite a análise e a reflexão, quer ao longo do trabalho (avaliação intermédia ou depuração), quer no final do mesmo (avaliação final). Esta avaliação é realizada utilizando instrumentos vários como a entrevista e os questionários.

A Metodologia de Projeto defende que a avaliação deve ser contínua, ao longo das várias fases, permitindo assim uma redefinição de ações e objetivos, caso seja necessário. Segundo Ruivo et al. (2010:25) “a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados)”³⁴.

Existem quatro tipos de avaliações: a operatória (que visa a ação), a permanente (contínua ao longo do projeto), a participante (troca de experiências entre os participantes) e a formativa (momento em que ocorrem aprendizagens mútuas). A literatura defende a utilização de ferramentas qualitativas para se efetuar a avaliação.

A avaliação deve permitir melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia do projeto e é nesse momento que podemos perceber como foram geridos e resolvidos alguns problemas, a relação entre a previsão e a realização, a qualidade das estratégias utilizadas e a riqueza dos recursos escolhidos.

Para se realizar uma avaliação, seja ela a que nível for, existem vários instrumentos de avaliação que são preferidos em detrimento de outros face ao projeto em causa (observação, questionários, entrevista).

- A **Divulgação dos Resultados** é a elaboração de um relatório final, onde podemos apresentar os resultados obtidos, fornecendo informações científicas, onde estaremos a produzir evidência. Esta divulgação poderá ser efetuada em vários momentos como: reuniões informais, reuniões públicas, apresentação em congressos, criação de posters e realização de artigos para publicações científicas, entre outros.

Deve ser planeada, valorizando a sua principal finalidade que é dar a conhecer o trabalho realizado e proporcionar a discussão do mesmo.

Na área da saúde, e na enfermagem em particular, esta é uma etapa muito importante porque, para além de dar a conhecer a evidência produzida, permite abrir novos caminhos, para futuras investigações, permitindo assim uma prática baseada na evidência, mais segura e com mais qualidade; a Ordem dos Enfermeiros (2006:1) define investigação em Enfermagem como um *“...processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”*³⁶.

Para Ruivo et al. (2010) a divulgação dos resultados é algo que se prende com o dever ético, pois é nosso dever acrescentar conhecimento científico, a fim de enriquecer a profissão e proporcionar cuidados de maior qualidade aos nossos clientes.

³⁶ Ordem dos Enfermeiros – Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa: 26 de abril de 2006 Acedido a 26-10-12 às 2h30 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

6.1- Diagnóstico de Situação

Nesta fase, propusemo-nos realizar o Diagnóstico de Situação, em que identificámos os problemas e determinámos as necessidades, através da Metodologia de Projeto, utilizando instrumentos da investigação (questionários).

Na literatura vem referida a importância da deteção precoce das situações de stress na equipa, tal como vem indicado num estudo realizado em enfermeiras psiquiátricas de Taiwan (Lin, Probst & Hsu:2010): a deteção precoce de problemas emocionais induzidos pelo stress no trabalho permite a gestão dos fatores desfavoráveis e um suporte social, que vai beneficiar a adaptação física e psíquica às situações³⁷.

A população - alvo foram os enfermeiros de um CRI, da DRLVT, num total de 9. Esse CRI tem 2 enfermeiros graduados e 5 recentemente formados e 2 enfermeiros especialistas. Esta caracterização é importante para cruzar os dados obtidos pois, como refere Stora (1990:72) existem diferenças importantes: *“nos primeiros anos os jovens quadros têm a necessidade de segurança, e de estabilidade na organização...”*; *“na segunda etapa da sua carreira, o quadro está preocupado com a sua promoção e os seus projectos pessoais de futuro na organização...”*; *“na terceira etapa, as frustrações inerentes ao desenrolar da carreira, os receios de ser ultrapassado pelos novos métodos de gestão e as mudanças tecnológicas, as atitudes negativas a respeito da organização dominam o universo mental...”*³⁸.

Utilizámos, neste diagnóstico, um questionário (**Anexo A**) constituído por quatro partes. Na primeira parte, aplicámos uma escala de avaliação do Clima Organizacional, a Work Environment Scale (WES) elaborada por Moos em 1986, traduzida e adaptada à população portuguesa por Louro em 1995. Na segunda parte, utilizámos uma escala de avaliação dos acontecimentos violentos. A terceira parte é constituída pela escala MBI-GS, Maslach Burnout

³⁷ “ *Early detection of the emotional problems induced by job stress, management of disadvantageous factors and a good social support network are fairly beneficial to life adaptation and physio-psycho health* “ - Lin H.S., Probst J. C. e Hsu Y. C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in Southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, **19**, 2342-2354. Acedido em 05-06-2012 às 18h em Ebsco <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1897a7f5-8f6f-430b-ae28-b3535bb03638%40sessionmgr4&vid=2&hid=15> .

³⁸ Stora, J. B. (1990). *O stress*. Porto: Coleções Rés Editoras.

Inventory – General Survey, elaborada por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson em 1996, traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes em 1999. Na última parte do questionário, foi realizado um conjunto de questões, com o objetivo de caracterizar profissionalmente a população.

(Apêndice A).

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versão 18.0 para o tratamento estatístico e o Microsoft Excel.

Obtivemos resultados de todos os enfermeiros questionados (9) via correio eletrónico, não sendo necessário anular qualquer questionário, pois encontravam-se corretamente preenchidos. Após elaborar a avaliação dos questionários **(Apêndice B)** foram salientados os seguintes resultados que passaremos a apresentar no próximo subponto.

6.1.1- Análise dos resultados

Através dos resultados obtidos, foi perceptível que estes enfermeiros manifestam sentir stress ocupacional algumas vezes por ano (num total de 4 respostas num universo de 9 inquiridos).

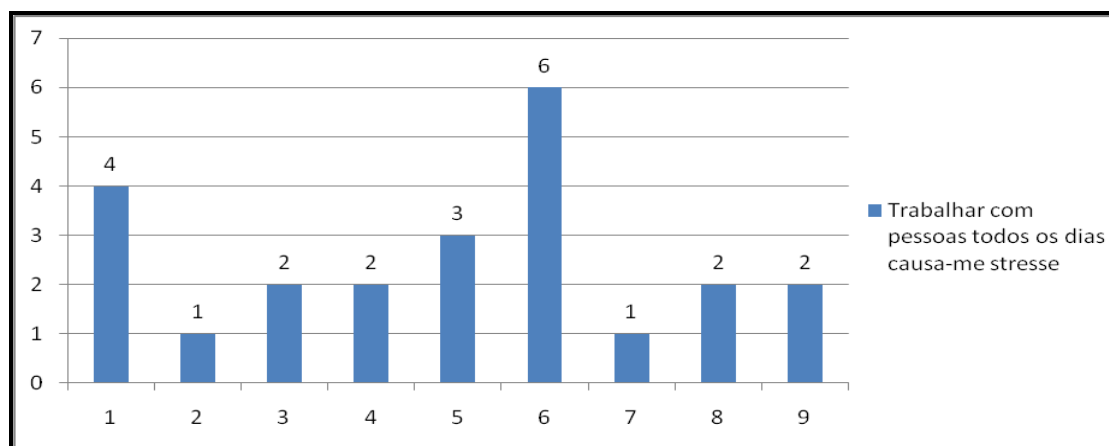


Gráfico 1 – Estes enfermeiros sofrem de stress ocupacional?

Legenda:

- 1 - Nunca;
- 2 - Algumas vezes por ano;
- 3 - Uma vez por mês;
- 4 - Algumas vezes por mês;
- 5 - Uma vez por semana;
- 6 - Algumas vezes por semana;
- 7 - Todos os dias;

Também no estudo realizado por Silva e Gomes (2009) em enfermeiros e médicos portugueses, ficou patente que ambos os grupos, na maioria das respostas dadas, referiram um nível moderado de stress ocupacional. Murcho (2010), apesar de não ter desenvolvido o tema do stress em particular, fez um estudo denominado “Mal-estar e bem-estar em enfermeiros: levantamento da situação e perspectivas de intervenção”, em que conseguiu perceber que o grau de exaustão referido pelos enfermeiros também era moderado. Também no Irão, Laal e Aliramaie (2010) realizaram um estudo em enfermeiros, que concluiu que 70% dos enfermeiros apresenta um nível moderado de stress. No Brasil, Costa et al. (2003) avaliaram como é que o trabalho do enfermeiro com portadores de transtorno psiquiátrico estava pautado pelo stress; as conclusões evidenciaram que a maioria é do sexo feminino (tal como no nosso estudo) e que 62% não apresentava stress.

Na primeira parte do questionário foi avaliado o clima organizacional e o aspeto da despersonalização (tão referido na literatura). Num estudo realizado na Argentina (Popp, 2008), em enfermeiros, vem referida a despersonalização como sendo as atitudes negativas sobre o sujeito com que trabalhamos, em que somos levados a pensar que merecem o problema que têm, respondendo assim de forma impessoal e friamente³⁹. A relação com as chefias e com os médicos vem referida em diversos estudos, concluindo-se que gestores qualificados contribuem para o bem-estar dos enfermeiros, assim como, as relações saudáveis estabelecidas com os psiquiatras, com quem se trabalha diariamente (Harahan, Aiken, McClaine & Hanlon, 2010).

Os enfermeiros do nosso estudo referiram a existência de espírito de grupo e de entreajuda entre colegas, como elemento positivo para o ambiente de trabalho, salientando a não existência de despersonalização intensa. No estudo realizado por Popp (2008) vem referido que as enfermeiras com baixa despersonalização utilizam muito a análise lógica das situações e

³⁹ “...actitudes negativas acerca del sujeto con el que trabaja, lo que los lleva a considerar que en alguna medida merecen los problemas que tienen y a responder impersonal y friamente...”- Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento em enfermeiras de unidades de terapia intensiva (uti). *Interdisciplinaria*, **25**, (1), 5-27. Acedido em 4-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>.

desenvolvem formas de gratificação alternativa, comparando com as enfermeiras com maior nível de despersonalização ⁴⁰.

O bom ambiente no grupo é um fator referido e muito importante, tal como é referido num estudo realizado nos Estados Unidos da América (2010) por Harahan et al.: a melhores ambientes de trabalho está associado menor Burnout nas enfermeiras da psiquiatria⁴¹.

Ao contrário do referido nos questionários por nós aplicados, é frequente encontrar elementos que indicam que as profissões da área da saúde vivem algum isolamento, “*cada um fixa os seus próprios objectivos e tenta atingi-los individualmente [...] não há reforço*”² (Delbrouck, 2006:172). Argyris (1964) e Cooper (1973), citados por Cooper e Marshall (1982), referem a importância das relações entre colegas a fim de garantir a saúde mental individual e organizacional, sendo estes fatores protetores da saúde mental da organização; Queirós (2005) refere, nos resultados do estudo que realizou com enfermeiros, que a exaustão emocional é menor quando existe maior envolvimento, maior coesão entre o grupo. No estudo realizado por Tomás (2009/2010) também se verificaram respostas em número considerável em que se verifica a coesão entre colegas.

Quando questionado acerca do nível de exaustão (parte III do questionário), este grupo não apresenta um nível muito elevado, pois em 9 inquiridos, apenas 3 pessoas se consideraram emocionalmente exaustas.

⁴⁰ “Las enfermeiras com baja despersonalizacion utilizan em mayor medida el analisis lógico y el desa rollo de gratificaciones alternativas a diferencia de las enfermeiras com más despersonalizacion.” - Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento em enfermeiras de unidades de terapia intensiva (uti). *Interdisciplinaria*, **25**, (1), 5-27 Acedido em 4-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>.

⁴¹ “We hypothesized that better work environments would be associated with lower psychiatric nurse burnout”- Harahan, N. P., Aiken L. H. ,Mcclaine L. & Hanlon A. L. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues Ment Health Nurs*, **31**, (3), 198-207. Acedido em 04-06-2012 às 23h em Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856615/?tool=pubmed>.

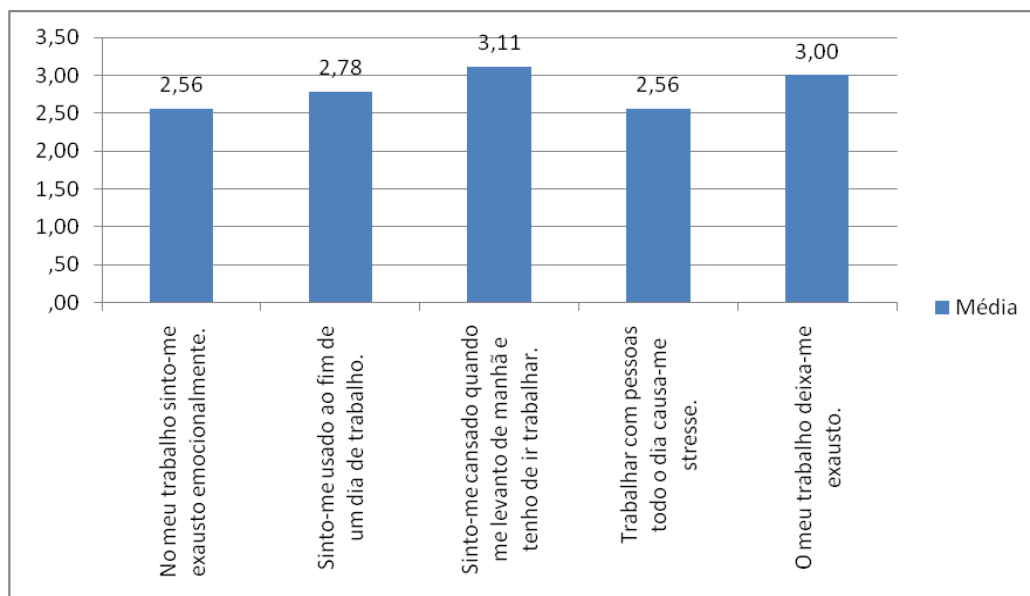


Gráfico 2 – Qual o nível de exaustão?

Esta minoria também se verifica nos vários estudos que consultámos e fizemos referência ao longo do trabalho. Avaliámos os fatores organizacionais que contribuem para a exaustão emocional e neste item foi perentório que os elementos físicos (calor, decoração fraca, ventilação, atmosfera, temperaturas extremas) são referidos pela maior parte das pessoas. No estudo realizado por Tomás (2009/2010) também esta situação se verificou de forma evidente.

Na segunda parte do questionário foram abordados os acontecimentos violentos. A violência no trabalho é um fenómeno que tem na sua base as relações interpessoais e é muito atual. A OMS (2006) define violência no trabalho como qualquer uso de força física, psicológica ou ameaça, que possa causar lesões, danos psicológicos ou mortes. Tomás (2009/2010:42) define violência no trabalho, citando Freitas (2008), como “*uma situação na qual um indivíduo ou grupo de indivíduos é alvo, no local de trabalho, de actos de agressão ou violência, sob a forma de ataque, agressão física ou verbal e comportamento desrespeitador, por parte de pessoas externas à organização, nomeadamente clientes e utilizadores*”⁴². A mesma autora (2009/2010:11,12) salienta, no estudo que realizou a enfermeiros do IDT,IP que “*a violência e a intimidação são causadoras de stresse, podendo afectar gravemente a saúde mental e física dos trabalhadores*” e está patente “*...em serviços com atendimento a utentes psiquiátricos, dementes, toxicodependentes...*” em que “*...os maiores índices de violência são provocados por utentes consumidores de drogas (álcool e*

⁴² Tomás, C. (2009/2010). *Riscos psicossociais e clima organizacional: Burnout nos Enfermeiros que Cuidam em Toxicodependência*. Leiria: Instituto Superior de Linguas e Administração de Leiria.

outras) ⁴³. Num estudo realizado na China (Lin et al. 2010, citando Chang et al. 2003) é referido que os enfermeiros psiquiátricos sofrem de maior stress devido a fatores que se prendem com as tensões provocadas pelas relações interpessoais conflituosas, incluindo mesmo agressões.

A violência psicológica tem impacto na qualidade de vida do trabalhador, Mercadier (2004) citado por Agostinho (2010:88) refere que “...ser alvo de agressão provoca nos profissionais de saúde diferentes tipos de resposta: devolução de violência ou autocontrolo, por vezes ocultando um sentimento de impotência, uma blindagem”⁴³. Também este assunto foi avaliado no questionário aplicado, podendo-se concluir que os enfermeiros sofrem agressões verbais, e também ameaças verbais; também no estudo levado a cabo por Tomás (2009/2010), ao grupo dos enfermeiros do IDT, se concluiu que esses eram os elementos mais referidos, no item da violência.

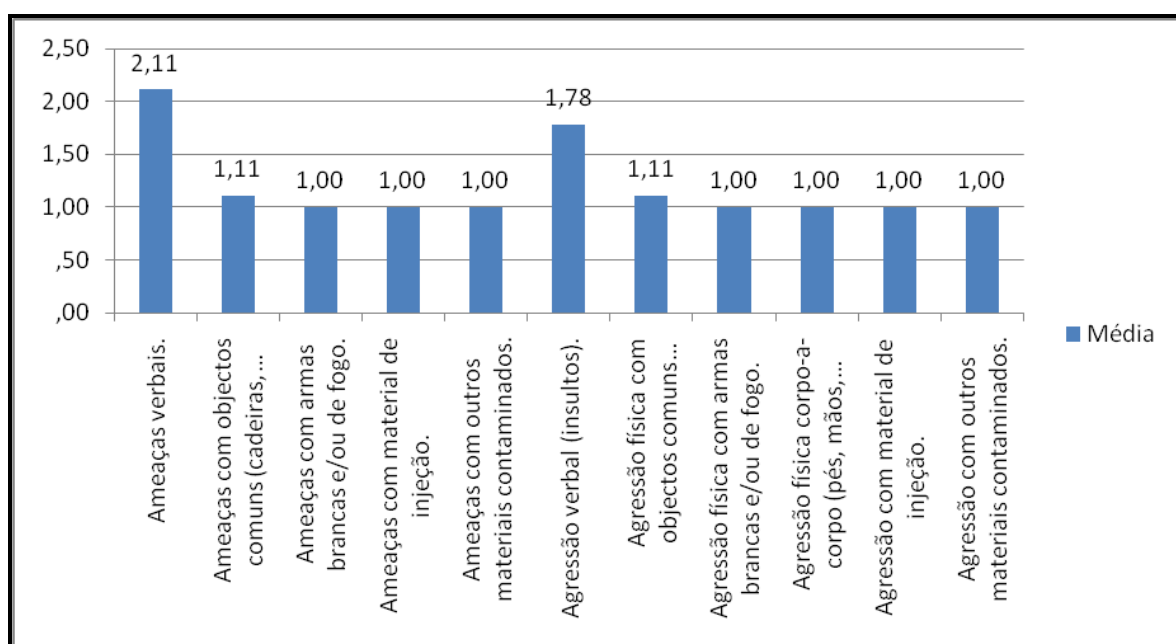


Gráfico 3 – Os enfermeiros sofrem de agressões? Que tipo?

Na última parte do questionário, caracterizámos profissionalmente a população; a precariedade é algo importante no que diz respeito ao stress ocupacional, tal como refere Agostinho (2010:17) ao salientar que existe “...um sentimento conectivo de menor segurança relativamente ao trabalho, ou à garantia de continuidade e pertença a esse espaço institucional”⁴³. Martin e Boeck (2002) citados por Agostinho (2010:89), salientam a precariedade como elemento importante face

⁴³ Agostinho, L. (2010). *Competência emocional em enfermagem*. Coimbra: Formasau.

ao stress ocupacional, quando afirmam que *“quando os trabalhadores receiam constantemente a perda de emprego, a sua capacidade de rendimento ressentem-se e acabam por trabalhar de forma contraída e preocupada [...] conduzindo a um aumento da tensão emocional.”*⁴³. Neste estudo não se verificou um índice importante de precariedade, pois a maioria tem contrato a tempo certo ou a tempo indeterminado.

Ao avaliar se o envelhecimento ou a imaturidade contribuem para uma maior exaustão, relacionámos estes dois aspetos e pudemos concluir que existe uma relação entre eles, pois os enfermeiros mais velhos de idade e de tempo na profissão revelam-se mais emocionalmente exaustos, mas também os mais imaturos, com menos tempo de experiência manifestam um elevado grau de stress. Pinto e Chambel (2008) falam do “choque de realidade” para explicar as atitudes negativas aquando o início de carreira, destacando o distanciamento emocional e a importância de prevenir o stress ocupacional nesta fase. Para além do anteriormente referido, os mesmos autores falam na crise de competência, na perda de autonomia, devido à organização das instituições; nas dificuldades nas relações com os clientes e na realização pessoal (provocadas pela rotina), de que também estes novos profissionais são vítimas. No estudo de Santos e Cardoso (2010:72) vem referido que *“...os profissionais mais novos apresentam maior índice de esgotamento emocional e de despersonalização [...] maior sobrecarga pelo trabalho e atitude de distanciamento...”*⁴⁴

No que diz respeito à realização pessoal, o estudo de Popp, (2008) com enfermeiros na Argentina, conclui que à medida que a realização pessoal diminui, diminui também a análise lógica das situações, quer no momento de avaliação, quer no momento de execução das ações⁴⁴.

O ritmo de trabalho é sentido como intenso e sentem pressão para trabalhar mais. A pressão é referida por McIntyre et al. (1999), num estudo em enfermeiros, como uma grande fonte de stress na área da saúde mental. O trabalho é considerado pouco exigente emocionalmente, havendo três pessoas que referem que “o meu trabalho deixa-me exausto”. Serra (2002:483,484) refere a existência de sobrecarga de trabalho *“...quando as tarefas a realizar [...] ultrapassam a capacidade percebida de responder adequadamente às [...] exigências”* e a pessoa *“...prolonga o número de horas das suas actividades profissionais para finalizar as suas tarefas, come à pressa ou deixa de fazer algumas refeições e leva trabalho para casa”*⁴⁵. Esta sobrecarga pode ser quantitativa,

⁴⁴ “A medida que la realización personal disminuye, decrece el uso del análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema.” - Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento em enfermeiras de unidades de terapia intensiva (uti). *Interdisciplinaria*, **25**, (1), 5-27. Acedido em 4-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>

(quando existe demasiado trabalho para fazer num tempo fixo); qualitativa, (quando o trabalho excede as competências do indivíduo) e mista (tem elementos das duas anteriores).

Também o intenso trabalho burocrático, inerente a uma instituição de saúde no âmbito da psiquiatria, é referido por Costa et al. (2003:64) num estudo que realizaram, em que referem que: “o enfermeiro, pelas suas atribuições e competências, além de executar cuidados directos aos pacientes [...], está subordinado a normas do processo de organização (problemas institucionais, administrativos e técnicos) no interstício do hospital psiquiátrico”²⁹.

A diminuição de pessoal é algo que pauta a realidade das equipas de enfermagem e que tem um impacto na qualidade de vida destes profissionais, tal como referem Harahan et al. (2010) no seu estudo.

Podemos concluir desta análise dos resultados que, o grupo de enfermeiros do CRI apresenta um nível moderado de stress ocupacional, existindo elementos mais positivos e motivados e outros com maior exaustão. O facto de esta situação não estar anexa a um subgrupo específico, pois são elementos díspares na idade e no tempo de profissão, pensamos que será uma mais-valia quando dermos início às intervenções que, visarão resolver algumas situações detetadas.

Este grupo é unânime ao identificar quais os fatores mais stressores e também destacam os elementos protetores, reconhecendo-lhes o seu valor. No estudo de Popp (2008) , verificaram-se dados interessantes e que vão ao encontro do nosso estudo, na medida em que conclui que as enfermeiras com moderado cansaço emocional são as que utilizam em maior medida o controlo afetivo, controlam as emoções e apostam no bem-estar dos doentes e das suas famílias; as enfermeiras com baixo cansaço emocional, por não terem percebido os stressores, utilizaram pouco o controlo afetivo ⁴⁵.

Como síntese podemos destacar que estes resultados puderam dar resposta à pergunta de partida **“Existe stress ocupacional nos enfermeiros do CRI, da DRLVT, que participam no Trabalho de Projeto?”** e aos objetivos anteriormente delineados:

⁴⁵ “Las enfermeras con moderado cansancio emocional utilizan en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con bajo o alto nivel. En las enfermeras con bajo cansancio emocional, dado que no percibirían demasiados estresores, es de esperar que el uso del control afectivo sea bajo. Las enfermeras con nivel medio de cansancio emocional podrían controlarse afectivamente, es decir, controlar las emociones que surgen a partir de las situaciones que se vivencian en las UTI, en pos del bienestar del paciente y su familia.” - Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (uti). *Interdisciplinaria*, **25**, (1), 5-27. Acedido em 4-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>.

- Perante a questão se a equipa de enfermagem apresenta stress ocupacional concluímos que sim, num nível moderado.
- Quanto ao clima organizacional os enfermeiros afirmaram existir espírito de grupo e entreajuda, não fazendo referência à despersonalização.
- No que diz respeito à existência de acontecimentos violentos são identificadas as agressões e ameaças verbais.
- Existem elementos na equipa mais positivos e motivados e outros com maior exaustão.
- O grupo é unânime ao detetar quais os fatores mais stressores e também destacam os elementos protetores, reconhecendo-lhes o valor.

6.1.2 – Discussão dos resultados à luz das Teorias de Betty Neuman e Katharine Kolcaba.

O ritmo e a rapidez das mudanças sociais, políticas, tecnológicas e demográficas estão transformando as nossas vidas de forma permanente e imprevisível. Elas colocam pressão sobre todas as instituições sociais, incluindo as organizações onde os profissionais de saúde trabalham em conjunto⁴⁶.

O nosso objetivo ao desenvolver este trabalho prendia-se com a necessidade de avaliar o estado de stress desta equipa, para que fosse possível mantê-la saudável, para não descurar os cuidados prestados aos clientes. **Neuman** fala-nos da estabilidade do sistema e da necessidade de o mantermos em equilíbrio e este é também o nosso alvo, pois só mantendo a equipa de enfermagem e os enfermeiros em condições de saúde mental é possível garantir a qualidade dos cuidados.

Neuman referiu que “a resposta a um agente de stress varia de pessoa para pessoa, conforme a eficácia das linhas de defesa nessa situação particular e a rutura ocorrida dentro do sistema”¹⁰ (Pearson & Vaughan, 1992:114) e nessa medida, também neste estudo pudemos

⁴⁶ “The pace and sweep of social, political, technological, and demographic changes are transforming our lives in fundamental and unpredictable ways. They place stress on all social institutions, including organizations where health professionals work together.” – Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model application to nursing education and practice*. Norwalk: Appleton Century Crofts.

verificar que cada elemento vive o stress de forma individual, de acordo com as características de personalidade de cada um, de acordo com as situações stressoras com que se depara.

Concluimos que esta equipa vivencia um nível moderado de stress o que nos indica que existem agentes stressores que têm impacto na linha de defesa normal e para os quais são chamadas a intervir a linhas de defesa flexível e a linha de resistência; para Neuman *“qualquer stressor pode invadir a linha normal de defesa quando a linha flexível oferecer protecção inadequada. Quando a linha normal de defesa é invadida ou penetrada, o sistema do cliente reage”*⁹ (George et al., 2000:228).

Pretendemos, ao conhecer o estado de saúde mental, em relação ao stress, desta equipa, perceber em que medida as linhas de defesa flexível e de resistência poderão ser melhoradas, através de intervenções a pôr em prática com este projeto, já que se estas linhas *“...forem eficientes em sua resposta, o sistema pode reconstituir-se...”*⁹ (George et al., 2000:228).

A pertinência deste tema está mais uma vez evidente neste trabalho já que *“a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema”*⁹ (George et al., 2000:230).

Julgamos ter sido importante levantar esta questão à equipa, acreditamos ser importante confrontar os enfermeiros com as suas dificuldades, com as situações que lhes provocam mais desconforto, pois se a pessoa perceber melhor o stressor, melhor controla a situação, melhor reflete sobre ela e mantém o seu próprio equilíbrio.

Pensamos que, ao longo deste projeto, nas fases seguintes, poderemos dar início à reconstituição, como nos refere Neuman, já que se *“...pode expandir a linha normal de defesa [...], estabilizar o sistema [...] ou fazê-lo retornar ao nível existente antes da doença”*⁹(George et al., 2000:230).

Os enfermeiros “...são julgados pela sua capacidade para manter os seus doentes confortáveis, identificam as necessidades de conforto dos indivíduos...”¹¹ (Apóstolo, 2007:33).

Julgamos que a teoria de **Kolcaba** fundamenta os próximos capítulos deste projeto pois, segundo a mesma, os cuidados de enfermagem visam o conforto emocional.

De acordo com os dados obtidos, o facto desta equipa sofrer de stress ocupacional de forma moderada indica, à luz desta teoria, que estes enfermeiros estão em desconforto.

Para Apóstolo, os enfermeiros são os responsáveis para criar condições de conforto aos seus clientes, já que *“as necessidades de conforto devem ser identificadas e as intervenções de enfermagem têm como objetivo deslocar as tensões para o sentido positivo, através das forças facilitadoras ou estratégias.”*¹¹ (2007:34). Nós, como enfermeiros de saúde mental a desenvolver um projeto com esta equipa, temos que a ajudar a encontrar o conforto emocional, pois *“se o conforto pretendido é atingido, os indivíduos são incentivados a adoptar estilos de vida saudáveis...”*¹¹ (2007:34).

Para Kolcaba existem 3 classes de necessidade de conforto: estado de tranquilidade, estado de alívio e estado de transcendência.

O estado de tranquilidade tem na sua base a ergonomia. A ergonomia defende que *“...os trabalhadores demonstram mais produtividade se estiverem num estado de conforto...”* e *“o conforto é definido teoricamente como o estado de tranquilidade e contentamento que facilita a performance nas rotinas”*¹¹ (Apóstolo, 2007: 38). Kolcaba (2003) também nos fala em conforto ambiental, como sendo tudo o que envolve o ambiente, como as cores, os ruídos e a temperatura. Nos questionários obtivemos o resultado, na categoria do clima organizacional, que as condições físicas do local de trabalho são importantes e, apesar de não serem as mais adequadas, estes enfermeiros salientam aspetos que ajudam a viver com maior conforto emocional os seus dias de cuidados, tal como o espírito de grupo e a ausência de despersonalização.

6.2- PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Face aos resultados obtidos no Diagnóstico de Situação, confrontámo-los com a evidência produzida sobre a temática, consultando inúmeros estudos realizados noutros países. Concluímos que os resultados são muito semelhantes, sendo que os enfermeiros da área da saúde mental não apresentam mais stress que os enfermeiros que trabalham nos cuidados hospitalares, em outras especialidades. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América (Hanrahan et al., 2010) refere isso mesmo: baixos níveis de burnout nos enfermeiros psiquiátricos estão significativamente

associados a melhor ambiente no serviço, melhor qualidade no trabalho, chefias mais eficazes, melhores relacionamentos e um rácio enfermeiro-doente mais adequado⁴⁷.

Para que tal se mantenha e se previnam níveis de stress mais elevados é necessário desenvolver uma série de estratégias; surge então, a necessidade de realizar o planeamento do projeto, mantendo no horizonte a problemática do stress ocupacional e a importância de o colmatar e prevenir o seu reaparecimento. No estudo efetuado por Lin et al. (2010), citando Tao (1996), é referida a importância das estratégias que fazem face ao stress: quando os enfermeiros enfrentam o stress, podem reduzi-lo e responder positivamente através da sua perceção e da capacidade de adaptação e da ajuda dos sistemas de suporte⁴⁸.

Antes de delinear este planeamento, foi realizada a pesquisa bibliográfica sobre o tema a fim de estruturar o raciocínio e preparar a sessão de *Focus Grupo* (**Apêndice C**), que foi efetuada na ET, do CRI escolhido da DRLVT (alvo do diagnóstico). Este *Focus Grupo* foi realizado em setembro de 2011 e a sessão foi gravada em áudio. Estiveram presentes 9 enfermeiros.

Como ferramenta vital para este planeamento escolhemos o *Focus Grupo* que é uma ferramenta de pesquisa em ciências sociais. Tem como objetivo fomentar a discussão em grupo, com a utilização de uma entrevista não diretiva, em que se pretende recolher informação e vivências dos elementos do grupo. Utiliza-se a observação, o registo dos relatos e a reação dos participantes.

O *Focus Grupo* surgiu-nos como uma estratégia importante, pelas características acima descritas, já que permite delinear o planeamento “com” os enfermeiros, com os alvos das estratégias a implementar. Esta nossa escolha vai ao encontro do referido no programa “Saúde para Todos no ano 2000”, em que se ressalva a necessidade de se olhar para a enfermagem, duma forma especial, proporcionando condições de trabalho gratificantes, realizando educação e

⁴⁷“Lower levels of psychiatric nurse burnout was significantly associated with impatient environments that had better overall quality work environments, more effective managers, strong nurse-physician relationships, and higher psychiatric nurse-to-patient staffing ratios.” - Harahan, N. P., Aiken L. H., McClaine L. & Hanlon A. L. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues Ment Health Nurs*, **31**, (3), 198-207. Acedido em 04-06-2012 às 23h em Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856615/?tool=pubmed>.

⁴⁸“When nurses faced stress, they could reduce stress and then respond positively through stress perception, adaptation ability and the help from their support system.” - Lin H.S., Probst J. C. & Hsu Y. C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in Southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, **19**, 2342-2354. Acedido em 05-06-2012 às 18h em Ebsco <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1897a7f5-8f6f-430b-ae28-b3535bb03638%40sessionmgr4&vid=2&hid=15>.

formação dos profissionais, criando um departamento de programas de aconselhamento psicológico, com objetivos ao nível do desenvolvimento pessoal, interpessoal e da carreira.

Julgamos que os enfermeiros devem ser responsáveis pela sua saúde, pela sua saúde mental, pois acreditamos que uma equipa deve promover a saúde mental dos seus elementos, a fim de garantir uma prestação de cuidados de qualidade. Para tal, propusemos o *Focus Grupo* como elemento aglutinador, em que confrontámos a equipa com os resultados obtidos nos questionários e através de algumas perguntas orientadoras, conseguimos gerar a discussão e a reflexão sobre o tema central do nosso estudo e, principalmente sobre as vivências, os sentires e as dúvidas desta equipa.

▪Na primeira parte do *Focus Grupo*, os resultados dos questionários foram devolvidos aos enfermeiros. Quisemos saber em que medida ficaram surpreendidos com os mesmos: **“Como se sentiram face aos resultados dos questionários?”**

Após alguns minutos de silêncio e olhares trocados a conversa fluiu facilmente e, a maioria, tentou dar a sua opinião. A exigência emocional do trabalho desenvolvido e o impacto que isso tem na vida pessoal dos profissionais, foi o que mais se destacou nesta fase. A maioria concorda que vive situações de stress algumas vezes por ano:

- ▶ “...há fases...” **P. VIII**
- ▶ “...é um trabalho que exige muito de nós.” **P. I**
- ▶ “...vai-se para casa a pensar nisso...” **P. III**
- ▶ “...o sofrimento dele é atroz [...] faz confusão...” **P. IX**

▪Numa segunda parte focámos a questão da problemática dos conflitos e da violência e obtivemos as seguintes afirmações:

- ▶ “*Há momentos aceitáveis, em que as coisas correm bem, mas há momentos de violência [...] é horrível...*” **P. II**
- ▶ “...são momentos horríveis...” **P. II**
- ▶ “*vamos para casa a pensar nisso.*” **P. III**
- ▶ “*É bastante perturbador [...] a maior causa de stress*” **P. IV**
- ▶ “...felizmente não são muito frequentes...” **P. V**

▪Em determinada altura, colocámos a outra questão que esperávamos ver discutida e respondida no grupo: **“Que estratégias se poderiam implementar para fazer face ao stress ocupacional ou para prevenção do mesmo?”**.

O grupo salientou a importância da equipa de enfermagem, salientando o papel dos enfermeiros mais velhos, que funcionam como modelos profissionais. Também a capacidade individual de cada um fazer face ao stress foi referida:

- ▶ *“São importantes as capacidades individuais de cada um para gerir conflitos.” P. VI*
- ▶ *“...é importante a negociação...” P. VI*
- ▶ *“...mas também há a ajuda dos mais velhos na adoção de estratégias...” P. V*
- ▶ *“...copiar o que os mais velhos fazem em determinada situação...” P. V*

▪Foram identificados os focos de apoio dos enfermeiros em situações de stress, em que é referida a pouca disponibilidade da equipa multidisciplinar em realizar este apoio:

- ▶ *“Não é esperado grande envolvimento da equipa alargada.” P. II*
- ▶ *“A equipa de enfermagem é que dá algum suporte...” P. II*
- ▶ *“...os mais velhos (enfermeiros) dão o apoio...” P. V*

▪Uma das estratégias identificadas foi a existência de um espaço de “descompressão”, de partilha, a melhoria dos rácios com o escalonamento de mais um enfermeiro por turno e a existência de um bom ambiente na equipa:

- ▶ *“O ideal era estar mais do que uma pessoa no atendimento.” P. IV*
- ▶ *“...o preparar o próximo encontro depois do conflito...” P. VII*
- ▶ *“...haver um momento a posteriori para falar sobre as coisas...” P. I*
- ▶ *“...partilhar a situação...” P. VII*
- ▶ *“É um trabalho muito desgastante, mas se tivermos uma boa equipa consegues fazer um bom trabalho.” P. II*
- ▶ *“...deveria haver um momento agendado [...] se não rapidamente cai...” P. II*
- ▶ *“...guardar um espaço na reunião de enfermagem.” P. VI*
- ▶ *“...promover o convívio...” P. IX*
- ▶ *“...de vez em quando ir jantar fora com os colegas [...] ir dançar” P. IV.*
- ▶ *“...reuniões mensais [...] para falar de nós [...] e dos doentes...” P. IX*

▪Foram também referidas estratégias ao nível da organização como a melhoria dos espaços físicos, a aglutinação das equipas mais pequenas:

► “A diretora regional fez um esforço nesse sentido [...] para haver mudanças nesses aspetos...” **P. VI**

► “Foram fechadas unidades com condições muito diminutas [...] isso já ajudou” **P. VI**

► “Foi criado o Manual de Boas Práticas [...] isso foi bom!” **P. IV**

► “Temos que andar para a frente [...] mas um balde de tinta era bom...” **P. II**

Este momento de partilha e reflexão foi importante para a equipa, pois apesar de existirem o relato de momentos mais complicados, geradores de stress, foi também possível pensar em conjunto em soluções reais.

Esta equipa percebeu que apesar dos resultados está unida e é resiliente. Para além disto, surgiu outro traço visível, durante o *Focus* grupo, que foi a motivação intrínseca, ou seja, a capacidade de encontrar um sentido para os acontecimentos negativos, em que o trabalho provoca entusiasmo e contribui para a felicidade (Murcho, 2010). Estes enfermeiros protegem os seus clientes e prestam cuidados com uma dimensão relacional, flexibilizando as práticas de acordo com as situações, valorizando a autonomia do enfermeiro.

Após o *Focus* Grupo pudemos concluir que tínhamos os principais aspetos do planeamento delineados, mas em conjunto com os enfermeiros, em que foram discutidas estratégias para a equipa, com o objetivo de reduzir o stress ocupacional e diminuir os momentos de maior angústia, dúvida e exaustão.

Como síntese, podemos destacar quais as estratégias encontradas com esta equipa de enfermagem:

- Realização de reuniões de enfermagem, com agendamento periódico, em que se pretende discutir casos clínicos, que suscitaram maior desconforto ou dúvidas nos enfermeiros.
- “Tomar conta um dos outros” através de técnicas que aproximam a equipa, como por exemplo: Calendário de Aniversários.
- Organizar momentos lúdicos, fora da instituição, como jantares e caminhadas em grupo.

As estratégias que resultaram do *Focus* Grupo foram confrontadas com a evidência científica existente, o que nos permitiu realizar uma reflexão sobre a sessão e solidificar algumas decisões:

- Harahan et al. (2010), no que concerne a estratégias, referem-nos a importância da valorização da parte da organização, para com o enfermeiro, a envolvência dos profissionais em programas de melhoramento da qualidade e a qualificação dos gestores.

- Román (2007) remete-nos para a importância do autocuidado, a fim de se manter a saúde e cuidar com qualidade: é importante criar mecanismos de defesa e de enfrentamento do stress, mantendo um estilo de vida saudável, contando com um sistema cuidador do profissional de saúde em áreas de maior risco e de maior desgaste psicológico, permitindo traçar estratégias de intervenção que evitem adoecerem na prestação dos cuidados⁴⁹. Os enfermeiros, como defensores da saúde dos seres humanos, devem fomentar em si próprios, um adequado autocuidado, que fomente o seu bem-estar bio-psico-social, para desenvolver uma personalidade terapêutica que transmita e inspire saúde⁵⁰; num estudo desenvolvido no Canadá (Robinson, Clements e Land, 2003) concluiu-se que as enfermeiras de psiquiatria sentem que podem cuidar de si mesmas, mas estão preocupadas com o bem-estar dos outros⁵¹.

- Serra (2002) refere que a melhor forma de eliminar o stress é melhorar as aptidões e os recursos, para que estes proporcionem uma melhor adaptação aos acontecimentos stressores e permitam uma melhor avaliação da situação e por consequência não permitam a manifestação de stress.

Um dos grandes trunfos é modificar as vulnerabilidades do indivíduo, ensinar a pensar com uma lógica mais organizante, encontrar com a pessoa as ferramentas que melhorem a autoestima, entre outras.

⁴⁹ “...debemos crear mecanismos de defensa o de afrontamento al estrés..., mantener un estilo de vida saludable, contar com un sistema de cuidador del cuidador en las áreas de riesgo o de gran demanda psicológica, que permitan trazar estrategias de intervención que eviten enfermarnos en nuestra entrega al cuidado de los demás.” – Román, C.A.L. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Rev Cubana Enfermer*, **23**, (1). Acedido em 04-06-2012 às 13h em Scielo <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>.

⁵⁰ “Los enfermeros, como defensores de la salud de los seres humanos, deben fomentar en su propia persona, un adecuado autocuidado, que fomente su bienestar bio-psico-social, para desarrollar una personalidad terapéutica que transmitanbe inspire salud.” – Román, C.A.L. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Rev Cubana Enfermer*, **23**, (1), Acedido em 04-06-2012 às 13h em Scielo <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>.

⁵¹ “It appears that RPNs feel they can look after themselves but are concerned about the welfare of others.” – Robinson J.R. & Clements K., Land Colleen (2003). Among psychiatric nurses.Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *Journal of Psychosocial Nursing*, **41**, (4). Acedido em 01-06-2012 às 16h em Cinahl <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=0177f873-428d-436f-8e76-99f5585dac24%40sessionmgr112>.

- Betty Neuman (1995) defende um modelo que refere a reação do indivíduo ao stress e os fatores de adaptação ao mesmo; como conceitos integradores estão referidos a Intervenção, os Níveis de Prevenção e a Reconstituição.

A Intervenção é abordada como sendo o conjunto de “...ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema”⁸ (Tomey & Alligood, 2004: 339). Deve iniciar-se quando se identifica a presença de stress, a fim de manter o equilíbrio do sistema, tendo sempre em conta o grau de reação, os recursos e os objetivos esperados (“Neuman defende a intervenção inicial quando se suspeita ou se identifica um stressor”⁸ - Tomey & Alligood 2004: 339). No que diz respeito aos Níveis de Prevenção, eles visam manter a estabilidade do sistema, quer ao nível Primário, Secundário ou Terciário; ao nível Primário quando pretendemos fortalecer a linha de defesa do indivíduo, pois existe a presença do elemento stressor mas ele ainda não atuou; ao nível Secundário, quando já estamos perante sintomas e existe uma interação dos recursos externos e internos; para fazer face ao stress e por último, a prevenção Terciária, que inclui estratégias após o tratamento, que visam fortalecer as linhas de resistência.

A Reconstituição é um estado de adaptação ao stress, que representa a manutenção do equilíbrio do sistema, após o tratamento, tendo como grande objetivo um maior bem-estar. Inclui fatores interpessoais, intrapessoais e interpessoais, e variáveis fisiológicas, socioculturais, espirituais e psicológicas.

Saúde é, para Neuman (1995), um estado dinâmico, que depende de variáveis e Enfermagem é a profissão que se ocupa destas variáveis, sempre com o objetivo de controlar as respostas do indivíduo face aos elementos desencadeadores de stress.

- Meneghini, Paz e Lautert (2011:232) destacam o papel do enfermeiro na supervisão: “criação de espaços para discussão e expressão dos seus colaboradores, em questões relativas à saúde e qualidade de vida no trabalho, objectivando a troca de saberes para construção de uma ambiência saudável. Esta medida visa a contribuir para o conhecimento dos problemas e limitações, bem como para as realizações e satisfações inerentes a cada um, o que propicia um planeamento coletivo da assistência a ser dispensada ao trabalhador e, em consequência, ao cliente.”⁵²

Na supervisão o objetivo é tornar significativa a situação de cuidados, ao pensar sobre os casos, sobre as nossas atitudes, sobre nós, com o objetivo de melhorar as práticas. As equipas necessitam de trabalhar os vividos, refletir sobre casos específicos, identificando as transferências

⁵² Meneghini, F., Paz, A. A., Lautert L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, **20**, (2), 225-233. Acedido a 04-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>.

(“reconhecer, aceitar e analisar a transferência é poder obter uma posição justa, pôr as emoções no seu devido lugar e evitar deixar-se destruir por elas”⁵³ – Rézette, 2010:14) e as contratransferências, diminuindo assim a conflitualidade. Admi e Moshe-Eilon (2010), num estudo realizado em Israel, concluíram que a partilha das dificuldades, preocupações, sucessos e fracassos permitem uma maior resolução de problemas⁵⁴.

- Em situações em que não é possível, por inúmeras variáveis, contar com supervisão clínica na equipa, poder-se-á realizar sessões de intervisão de casos clínicos, que promovem também, à sua medida, momentos de partilha e aprendizagem. O que é importante é que sejam transmitidos métodos de coping que permitam a reação ao stress e a procura de saúde (Laal & Aliramaie, 2010).

- O estudo de Santos e Cardoso (2010:73) apresenta a psicoterapia como uma estratégia de fazer face ao stress ocupacional, pois há o “...desenvolvimento de condições internas para o trabalho assistencial em saúde mental, particularmente tendo em vista a elevada demanda emocional...”⁵⁴; como alternativa é indicado o acompanhamento dos profissionais mais jovens por um tutor, que seria um profissional mais experiente.

- O relaxamento, como técnica interventiva na prevenção e tratamento do stress, é algo que a literatura refere com mais entusiasmo. Também é uma técnica que deriva da hipnose, no decurso do século XIX, tendo como impulsionador inicial Schultz, ao desenvolver um método a que deu o nome de treino autógeno, que utiliza técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas. Também Jacobson deu o seu contributo nesta área quando propôs uma forma de relaxamento diferente que denominou “psicoterapia fisiológica”, em que não existia a utilização de técnicas sugestivas, nem interpretações psicanalíticas.

Pinkerton et al. (1982), citado por Serra (2002:693), afirma que o relaxamento se pode obter utilizando vários métodos: “as técnicas de biofeedback pelo eletromiograma; o relaxamento progressivo de Jacobson ou de Bernstein e Borkovec; o treino autógeno de Schultz; o ioga; a meditação transcendental; a hipnose; a resposta de relaxamento; o relaxamento controlado por

⁵³ Rézette, S. (2010). *Psicologia clínica em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

⁵⁴ “...shows that the sharing of difficulties, worries, successes, and failures enhanced problem-solving abilities.” – Admi, H., Moshe-Eilon Y. (2010). Stress among charge nurses: tool development and stress measurement. *Nursing Economic\$, 28*, (3), 151-158. Acedido a 05-06-2012 às 18h em CinahlPlus <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=17&sid=1c499b31-eb63-4e37-b3f3-6d85d14eb448%40sessionmgr13> .

*indícios; o relaxamento condicionado por metrónomo; o exercício físico e ainda outros métodos*⁵⁵ sendo que um, não é mais eficaz que o outro, dependendo da pessoa e do contexto.

Todas as técnicas têm aspetos diferentes, mas todas elas têm denominadores comuns: a pessoa deve estar sentada ou deitada num local sereno, com os olhos fechados, utilizando uma respiração regular e profunda e uma atividade muscular reduzida; o foco de atenção é colocado dentro de si, deixando as atividades exteriores numa segunda dimensão, colocando-se num estado passivo de abandono do corpo e do espírito; há como que uma tranquilização da mente que vai provocar uma redução ao nível do funcionamento do sistema nervoso central.

O relaxamento é referido como útil em situações de stress e outros problemas de saúde, *“...não ajuda só as pessoas a sentirem-se melhor como pode produzir igualmente efeitos significativos em funções que são importantes para a saúde”*⁵⁵ (Serra, 2002:695, citando Bishop, 1994). Varvogli e Darviri (2011) referem o relaxamento como importante para: diminuir os níveis de stress no organismo, resultando numa redução dos sintomas e dos indicadores de doença, prevenindo assim a doença e melhorando a qualidade de vida⁵⁵.

- Também existem intervenções que permitem melhorar a resistência ao stress, desenvolvendo comportamentos que atenuem os efeitos negativos do mesmo, já que por vezes é difícil controlar as situações indutoras. Estas intervenções prendem-se com o exercício físico regular e o controlo de peso, como é demonstrado em vários estudos citados por Serra (2002).

- Penso que para além de todas as estratégias, não podemos esquecer que o olhar no Outro é muito importante, o elogio, a preocupação, pois *“qualquer que seja a profissão, um trabalho bem-feito é motivo de satisfação pessoal. A maioria das pessoas quer fazer um bom trabalho e pretende ser elogiada por isso.”*⁵⁶(2007:152)

- Varvogli e Darviri (2011), num estudo que realizaram na Grécia, falam de diversas técnicas para gestão de stress: relaxação muscular progressiva, treino autogénico, resposta de relaxamento, biofeedback, técnica da liberdade emocional, visualização orientada, respiração diafragmática, meditação transcendental, entre outras.

⁵⁵ “...can lower stress levels of the organism, resulting in reduction of disease symptoms, lowering of biological indicators of disease, prevention of disease and/or improvement of patient’s quality of life.” - Varvogli L. & Darviri C. (2011). Stress management techniques:evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*, 5, 74-89. Acedido a 05-06-2012 às 18h em Cinahl Plus <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=994181d4-06c0-42b7-832c-52af9e9a3d0f%40sessionmgr4&vid=5&hid=17>.

⁵⁶Marinoff, Lou. (2007). *Mais Platão e menos Prozac*. (6ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Num estudo desenvolvido no México por Pivaral, Cruz, Pérez, López e Figueroa (2009), vêm referidas, como estratégias de prevenção de stress, as intervenções psicoeducativas. Como conclusão, salientaram que: os trabalhadores que receberam a intervenção educativa mostraram mais recursos e benefícios para evitar e/ou controlar o desgaste laboral e a despersonalização⁵⁷. Para além disso, foi verificado um efeito ao nível da comunicação, que permitiu controlar os stressores laborais, assim como, uma reflexão-ação.

- No artigo de Konstantinos e Christina (2008) vem referido que os níveis de burnout na equipa de enfermagem da psiquiatria são mais baixos, comparando com a equipa de cuidados gerais, porque a primeira tem a oportunidade de expressar as suas opiniões numa equipa multidisciplinar. Esta oportunidade promove a proteção da saúde mental dos enfermeiros de psiquiatria, comparando com o outro grupo⁵⁸. Ainda no mesmo artigo é relatada a importância da equipa multidisciplinar e a relação com a mesma, como fonte de proteção do stress ocupacional. Apesar dos enfermeiros da psiquiatria serem vulneráveis ao burnout devido ao menor suporte social e à menor afirmação no local de trabalho, comparando com outros enfermeiros de outras especialidades, mas estão protegidos pelo suporte social que a equipa multidisciplinar oferece⁵⁹.

⁵⁷ “ Los trabajadores que recibieron la intervención educativa mostraron más recursos y beneficios para evitar y/o controlar el desgaste laboral y la despersonalización al momento de analizar los indicadores del Síndrome de Burnout.”

- Pivaral C. E.C., Cruz, L.K.R., Pérez, G. J. G., López, M.G.V., Figueroa, I.V. (2009). Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el síndrome burnout en personal de confianza de la comisión federal de electricidad. *Salud mental*, **32**, (3), 215-221. Acedido em 05-06-2012 à 1h em Mediciatrina <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=17&sid=2c8f77db-a98a-4672-8418-2cb6aabe29b%40sessionmgr12>.

⁵⁸ “significantly lower levels of burnout in psychiatric nurses compared with general nurses. She suggests that this is so because psychiatric nurses have the opportunity to express their opinion in a multidisciplinary team whereas general nurses have fewer opportunities to do this. Thus, this aspect of their work appears to protect mental health nurses from the levels of stress and burnout experienced by their general nursing counterparts.” – Konstantinos, N., Christina, O. (2008). Factors Influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. *Health Science Journal*, **3**, (4), 183-195. Acedido a 1-06-2012 às 16h em Cinahl <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=122&sid=642166fd-c0ac-4353-aac8-5875a40e33eb%40sessionmgr112>.

⁵⁹ “...psychiatric nurses were vulnerable to burnout because of less social support and less on-job and off-job affirmation compared with nurses from other specialities. However (...) psychiatric nurses are protected from stress through social support from the multidisciplinary team.” Konstantinos, N., Christina, O. (2008). Factors Influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. *Health Science Journal*, **3**, (4), 183-195. Acedido a 1-06-2012 às 16h em Cinahl <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=122&sid=642166fd-c0ac-4353-aac8-5875a40e33eb%40sessionmgr112>.

- A reunião de enfermagem vem referida num artigo da Dean E. (2011): uma abordagem para enfrentar a carga emocional na equipa de enfermagem é a introdução de reuniões de equipa, para que os enfermeiros possam discutir os aspetos psicossociais e emocionais inerentes aos cuidados ao cliente⁶⁰. Em cada encontro há a discussão de um caso clínico e reflete-se sobre as ações e os sentimentos envolvidos na relação enfermeiro-cliente, promovendo um ambiente seguro.

- As estratégias de intervenção são importantes para que o trabalho seja sentido como gratificante e estimulante, ao serem desenvolvidas ações de formação e realização de projetos, evitando ao máximo o estado de Burnout e a sua propagação a todo o serviço, conseguindo manter e prolongar os cuidados de qualidade aos clientes (Moreno-Egea et al., 2009).

Julgamos que com o *Focus Grupo* e com a evidência científica encontrada pudemos dar resposta à segunda Pergunta de Partida **“Como promover a saúde mental da equipa de enfermagem e prevenir o stress ocupacional?”**, na medida em que delineámos o Planeamento da Intervenção.

Como síntese das intervenções planeadas podemos referir:

- Reuniões de enfermagem.
- Formação em técnicas de relaxamento.
- Sessões de Auto relaxamento.
- Agendamento de atividades lúdicas.
- Desenvolver o método de trabalho de enfermeiro de referência/Gestor de Caso.
- Criação de Calendário de Aniversários.

Tendo em conta os constrangimentos de tempo para este Estágio, propusemos o desenvolvimento da primeira intervenção – Reuniões de Enfermagem.

Os agendamentos destas reuniões respeitaram o cronograma previamente delineado e tiveram como base um planeamento individual.

⁶⁰ “One approach to tackling the emotional burden of nursing is introducing staff meetings to allow nurses to discuss psychosocial and emotional aspects of caring for patients.” - Dean E. (2011). Building resilience. *Nursing standard*, **26**, (32), 16-18. Acedido em 31-05-2012 às 14h em EBSCO <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=17&sid=5463e92a-d2ad-41af-a1b5-832d16923562%40sessionmgr4>.

Este planeamento teve como base os objetivos que pretendemos atingir com as sessões e as atividades a desenvolver em cada uma delas. Como objetivo geral pretendemos diminuir o stress ocupacional na equipa de enfermagem do CRI e como objetivos específicos desejamos:

- a) Fomentar a comunicação entre os elementos da equipa;
- b) Diminuir os níveis de absentismo;
- c) Aumentar a qualidade dos cuidados prestados;
- d) Diminuir os episódios de conflitos com os clientes;
- e) Criar um espaço de intervenção clínica/formação.

No planeamento estão também referidos os recursos humanos e materiais utilizados, assim como o tempo despendido em cada sessão.

6.3– EXECUÇÃO DO PROJETO

Foram realizadas as intervenções a 4 dos 9 enfermeiros, devido a constrangimentos de tempo e de disponibilidade destes enfermeiros. Esta fase coincidiu com a saída de alguns enfermeiros da equipa, por motivos de procedimentos concursais e com um período de férias, pelo que o número de elementos que participou nesta fase é inferior ao número de participantes da fase de Diagnóstico de Situação.

Desenvolvemos a Reunião de Enfermagem, em dois momentos distintos, durante os meses de outubro e novembro, conforme planeado no cronograma, nos dias agendados e com a ordem de trabalhos pensada antecipadamente:

● **A primeira sessão** teve como objetivo geral diminuir o stress ocupacional da equipa de enfermagem e como objetivos específicos:

- a) Aumentar a qualidade dos cuidados prestados;
- b) Criar um espaço de intervenção clínica;
- c) Fomentar a comunicação entre os elementos da equipa.

Foi realizada a divisão dos clientes pelos enfermeiros de referência, para que fosse possível dar início ao método de trabalho por enfermeiro de referência, delineado como intervenção no planeamento.

Houve um espaço para avaliar os registos no SIM, já que esta fase assim o exigia, pois tinha sido colocado em prática há pouco tempo e era o causador de algum desconforto nos enfermeiros.

Foram identificadas as situações de maior dificuldade e geradoras de conflitos, que ocorreram durante o mês, na prestação de cuidados a pessoas com problemas de Adição e, promoveu-se a sua intervenção clínica na equipa.

Como atividade lúdica, que ficou planeada ocorrer no final de cada reunião de enfermagem, desenvolveu-se um *workshop* de automaquilhagem, da responsabilidade de um dos enfermeiros da equipa, com maiores habilidades na área.

Também como aspeto lúdico, combinou-se o Calendário de Aniversários, em que quem faz aniversário no mês, fica responsável por trazer o lanche, a decorrer no final da reunião, para os restantes enfermeiros.

No final agendou-se a próxima reunião, cujo tema lúdico se acordou ser “O Magusto”. Fica também agendada uma preleção com o tema “Novas Drogas”, da responsabilidade do enfermeiro que frequentou a formação com esse tema, na DRLVT.

●A **segunda sessão**, realizada um mês depois, teve como objetivo geral diminuir o stress ocupacional da equipa de enfermagem e como objetivos específicos:

- a) Aumentar a qualidade dos cuidados prestados;
- b) Criar um espaço de intervenção clínica;
- c) Criar um espaço de formação;
- d) Fomentar a comunicação entre os elementos da equipa;
- e) Diminuir os níveis de absentismo.

Avaliou-se o processo das consultas de enfermagem, no âmbito da implementação do método de trabalho de enfermeiro de referência.

Houve um momento para abordar o SIM e fazer o ponto de situação da sua utilização, a fim de baixar os níveis de ansiedade que o mesmo gera.

Foram identificados os momentos de maior tensão no PTAO e foram discutidas quais as estratégias a adotar nessas situações.

Realizou-se a preleção sobre o tema “Novas Drogas” da responsabilidade de um enfermeiro da equipa, que frequentou uma formação nesse âmbito.

Desenvolveu-se a atividade lúdica “O Magusto” em que se realizou um lanche com castanhas e frutos secos, da responsabilidade da equipa de enfermagem.

No final agendou-se a próxima reunião, em que ficou combinado qual o enfermeiro responsável pelo lanche, em virtude do seu aniversário. Ficou também agendada uma preleção com o tema “Álcool- Unidade de Alcoologia”, da responsabilidade do enfermeiro que frequentou a formação com esse tema, na UA.

As sessões tiveram a participação de todos os enfermeiros escolhidos para esta fase do projeto (4 elementos). Os enfermeiros participaram de forma entusiástica, manifestando interesse nas intervenções clínicas, em que foram discutidos elementos importantes na prestação de cuidados de enfermagem, para esta equipa. Os momentos lúdicos foram bem recebidos e tornaram estas reuniões um espaço descontraído e de maior proximidade entre os profissionais.

6.4- AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para proceder à avaliação das intervenções realizadas, foi efetuada uma sessão de *Focus Grupo*. Esta sessão teve como participantes a equipa de enfermagem escolhida como grupo-alvo desta fase do projeto, ou seja, 4 enfermeiros; foi gravada em áudio e transcrita.

Com este *Focus Grupo* pretendemos dar respostas às seguintes questões:

- O que pensam das intervenções já desenvolvidas?
- A periodicidade das reuniões é adequada?
- Qual o impacto efetivo das intervenções para cada enfermeiro?
- A equipa encontra vantagens em que se continue a desenrolar estas reuniões?

Introduzimos a sessão e a conversa fluiu facilmente entre os elementos do grupo.

▪Perante a primeira questão **“O que pensam das intervenções já desenvolvidas (reunião de enfermagem com uma nova dinâmica)?”**, as respostas foram todas no sentido de ser positivo para a equipa a existência deste espaço:

► *“...a parte lúdica liberta o stress em relação ao trabalho [...] e abre novos horizontes para outros temas.” P. I*

► “...há um relacionamento diferente [...] o que é bom...” P. II

▪A introdução da **Intervisão Clínica de Casos** no âmbito da reunião de enfermagem também foi focada e os enfermeiros deram a sua opinião sobre a mesma, ressaltando o caráter securizante destas discussões, para a prestação de cuidados de enfermagem:

► “...é importante [...] proporciona um maior espírito de grupo [...] de segurança [...] de confiança...” P.III

► “...não me sinto tão sozinha na resolução de situações...” P.III

► “...alivia a tensão provocada pelos episódios.” P.I

▪Foi questionada a **periodicidade das reuniões**, se estavam a ser sentidas como muito espaçadas no tempo, ou, se por outro lado, deveriam ser menos periódicas:

► “Mais espaçadas não.” P.III

► “Está bem como está programado.” P.I

▪Ao colocarmos a questão “**Qual o impacto efetivo das intervenções para cada enfermeiro?**”, os enfermeiros quiseram falar todos ao mesmo tempo, demonstrando interesse em fazer valer a sua opinião:

► “...houve impacto [...] ajuda a equipa a ficar mais coesa.” P.II

► “...ajuda a aliviar o stress...” P.II

► “...mas a equipa está em stress, perdemos elementos [...] temos que fazer o mesmo trabalho...” P.IV

► “Não sabemos o que vai acontecer ao IDT [...] gera stress.” P.IV

► “Mas o facto da equipa se juntar e falar disso também ajuda.” P.II

▪O tema da ansiedade é muito referido neste *Focus Grupo*, como algo que é diretamente afetado com estas reuniões:

► “...ajuda a acalmar as situações de maior conflito, pois falamos em grupo sobre o que nos afetou.” P.IV

► “...apazigua o stress sim...” P.III

▪Para finalizar a sessão questionámos a equipa se considerava favorável a continuidade destas reuniões, sendo que foi unânime que as mesmas devem continuar, pois trazem uma mais-valia aos enfermeiros e consequentemente à qualidade dos cuidados prestados:

- ▶ “É favorável que continuem.” **P.IV**
- ▶ “Sim [...] contribui de forma favorável e acho que deve continuar!” **P.I**
- ▶ “*Ajudam a sermos melhores enfermeiros.*” **P.II**

É de salientar que os enfermeiros deram enfoque ao momento lúdico que a reunião contém, como espaço importante de descontração e maior proximidade.

Para finalizar a avaliação realizou-se um *Brainstorming* (também denominada “tempestade cerebral” ou “chuva de palavras”), que consiste numa dinâmica de grupo da autoria de Alex Osborn, em que se pretende que os participantes apresentem as mais variadas ideias, sobre um assunto colocado pelo moderador e este regista-as, sem qualquer juízo crítico (Antunes,1992). Com esta técnica pretendemos consolidar os conceitos, unificar as conclusões e permitir manter a equipa motivada para dar continuidade ao projeto. Foi pedido ao grupo que, através de palavras, define-se o que tinha sido para cada um deles aquelas sessões (**Apêndice D**).

Com esta avaliação, pudemos concluir que para esta equipa de enfermagem a intervenção desenvolvida é considerada muito positiva e importante para o bem-estar dos enfermeiros, como pessoas e como profissionais.

Foi realizada uma pesquisa intensa nas bases de dados científicas, com o objetivo de encontrar outros estudos que tivessem abordado a avaliação de intervenções na problemática do stress ocupacional, mas não tivemos sucesso. Todos os que encontrámos e utilizámos ao longo deste projeto apresentavam as intervenções, mas nenhum deles as colocaram em prática, para posteriormente as avaliarem. Julgamos que este trabalho traz uma mais valia à evidência, já que colmatámos essa lacuna no conhecimento, já que conseguimos avaliar as intervenções previamente planeadas.

Julgamos ter criado um projeto viável, interessante, inovador e que permitiu mobilizar conceitos, conhecimentos, dúvidas e formas de sentir a Enfermagem, mais precisamente, a Enfermagem de Saúde Mental; como referem Ruivo et al. (2010:24), citando Nogueira (2005), “*a elaboração e a execução de um Projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação – acção que deve ser simultaneamente um acto de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se portanto, uma produção intelectual*”³⁴.

Pensamos que todo este trabalho fez sentido e que o fio condutor que sempre existiu “chegou a bom porto”, na medida em que pudemos fazer mudanças na equipa, oferecer outras formas de estar e ser no serviço, permitir que os outros enfermeiros refletissem sobre o que é cuidar de pessoas com problemas de Adição e proporcionar momentos em que é possível pensar sobre a Enfermagem e a Enfermagem em Saúde Mental. Com isto, houve ganhos para todos, IDT, ET, clientes e enfermeiros, pois o impacto do **PIS** cruza todas estas esferas.

Cada vez é mais evidente a relação entre a saúde mental da equipa e a qualidade dos cuidados prestados, pois acreditamos que *“uma valiosa medida profilática é, sem dúvida, o debate aberto e franco sobre as nossas vulnerabilidades, limitações e patologias, com o mesmo empenho e dedicação com que o fazemos em relação às suscetibilidades e patologias dos nossos pacientes”*⁶¹(Martins, 2003:67).

⁶¹ Martins, L. A. N. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras. Med. Trab*, 1, (1), 56-68. Acedido a 23-11-2011 às 12h em <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/rbmt08.pdf>.

7 – QUESTÕES ÉTICAS

Qualquer investigação, em que os participantes são pessoas, implica regras de conduta. Para Fortin (1999:114) ética é a “...*ciência da moral e a arte de dirigir a conduta*”⁶². Existem 5 direitos fundamentais que devem ser respeitados: o direito à autodeterminação, em que o participante tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação na investigação, podendo retirar-se da mesma a qualquer momento; o direito à intimidade, em que é da responsabilidade do investigador tornar o estudo o menos invasivo possível, mantendo a intimidade dos participantes; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo, em que o participante é informado sobre a natureza do estudo, os seus objetivos, os métodos utilizados e a sua duração (Fortin, 1999).

Ao longo de todo este projeto foram considerados os princípios éticos reguladores da investigação e procurámos a objetividade, a honestidade e o rigor científico.

Foi solicitada a autorização ao enfermeiro coordenador do CRI, que foi também o orientador deste Estágio, que após tomar contacto com os objetivos do estudo deu a sua autorização verbal.

No que diz respeito aos participantes, a sua colaboração foi voluntária e com garantia de confidencialidade das respostas, tendo sido graciosamente solicitada, em reunião geral de enfermagem e através de telefone. Os questionários foram enviados através de correio eletrónico e devolvidos da mesma forma. Os objetivos do estudo foram apresentados no momento do envio do questionário.

Também no momento dos *Focus Grupo* foi solicitada aos participantes a autorização para a gravação áudio das sessões, tendo a mesma ficado gravada no mesmo suporte. O tratamento das questões foi feito manualmente, respeitando a integridade das respostas.

⁶² Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

II – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE

Ao longo do Estágio do Mestrado foi-nos possível refletir e trabalhar as competências do Mestre, cruzando-as com os conhecimentos obtidos e com as experiências vividas neste percurso.

Pensamos que, mais uma vez, temos uma oportunidade de refletir sobre as nossas práticas, cruzá-las com as competências já obtidas e questionar as que estamos a conquistar, com o objetivo claro de fomentar os cuidados de qualidade e o reconhecimento da nossa profissão.

Perante a realidade, cada vez mais complexa, em que as alterações sociais ocorrem a um ritmo importante e em que somos obrigados a agir de forma correta e atempada, julgamos pertinente a procura de novos conhecimentos e de novas competências. A obtenção do grau de Mestre permite-nos criar um espaço de conhecimento, de confronto com o que fazemos e de reflexão sobre o que pretendemos ser, como enfermeiros.

Este trabalho tem como base o trabalho desenvolvido na enfermagem de saúde mental, num serviço específico da área da Adição. É um serviço que tem como cliente-alvo a pessoa com problemas de Adição, que são adultos, maioritariamente homens, com uma média de idade de 37 anos, sendo a maioria policonsumidores (heroína, cocaína, haxixe e álcool), em situação social comprometida e apresentando comorbilidade física e psiquiátrica. O tratamento destes clientes não tem como único objetivo a abstinência, mas sim um modelo compreensivo da pessoa com problemas de Adição, o que implica: ajudar no processo de abstinência, diminuir o consumo de substâncias psicoativas e reduzir os riscos e danos associados ao mesmo, minorar a atividade criminal, diminuir as recaídas e melhorar a vida ao nível familiar, pessoal, social e de saúde.

Pretendemos, ao longo deste capítulo, avaliar cada competência e identificar quais as atividades que permitiram tomar contacto com cada uma delas, construindo assim um caminho na obtenção do grau de Mestre.

COMPETÊNCIA

1- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:

- a) **Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;**

No que diz respeito a esta unidade de competência pensamos tê-la atingido, na medida em que, nos foi possível realizar avaliações dos clientes de forma completa e adequada, às necessidades previamente delineadas:

- Do ponto de vista da compreensibilidade, a Adição funciona como uma patologia de reação, ou seja, é como se a vivência desestruturada fosse umas “peças de lego” que não encaixam, em que a relação terapêutica é importante, não só por aquilo que ela significa, mas também pelo impacto que vai ter na estrutura deste “lego”. Durante o PTAO, com cloridrato de metadona, são realizadas consultas de enfermagem informais, não agendadas, em que se pretende, durante o período de relação estabelecida aquando a administração do fármaco, recolher algumas informações importantes para se realizar a compreensão do estado geral do cliente, nomeadamente, no que diz respeito à saúde mental do mesmo e identificar situações de crise. Se forem detetadas necessidades evidentes, é proposto o agendamento duma consulta de enfermagem, mais formal e com uma determinada linha de orientação, sempre que possível, com o enfermeiro de referência deste cliente, ou são remetidos para os terapeutas (psicólogos, médicos ou assistentes sociais).

Esta avaliação, realizada em contexto de consulta de enfermagem, tem na sua base a comunicação terapêutica, a observação, os registos e a revisão dos registos anteriores, assim como, uma avaliação abrangente do cliente, no que diz respeito à parte orgânica, psíquica, social e familiar.

Estas consultas de enfermagem, agendadas, são momentos em que são abordados diversos temas no âmbito da saúde: Saúde da Mulher, Acolhimento-Enfermagem, Avaliação do Padrão Alimentar.

Durante a nossa prestação de cuidados, ocorrem várias situações em que os clientes estão acompanhados de familiares (filhos, pais, companheiros), que ao encontrarem um enfermeiro disponível para os escutar, de forma informal, acabam por dar sinais de desequilíbrio, face à situação dos consumos; nessa altura, são reencaminhados para consulta de enfermagem, onde se pretende avaliar a situação e a necessidade de reencaminhar para outro profissional, pois levantam-se algumas questões éticas, caso sejam já enfermeiros de referência do cliente em causa.

- Participamos também na Reunião semanal de Triage, em que, no seio da equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem um papel fundamental. Esta reunião tem como objetivo, avaliar as histórias de saúde mental dos clientes que procuram a ET, assim como, o encaminhamento para um terapeuta de referência, mais adequado à sua situação atual.

- Sempre que existam motivos para tal, os enfermeiros deslocam-se ao domicílio dos clientes, a fim de se proceder à avaliação da situação de saúde dos mesmos. Temos alguns clientes com problemas de saúde coadjuvantes aos consumos de substâncias psicoativas e que se encontram em parcas condições de se deslocarem à instituição. Nessas situações, deslocamo-nos ao domicílio do cliente, onde avaliamos a situação e entregamos o fármaco de substituição.

- No que diz respeito à comunidade, participamos nas reuniões de supervisão clínica da equipa do IAC. Desde 2010, que existe um protocolo com o IDT e o IAC, onde vem referido o Projeto de Rua – “Em família para Crescer”. Este trabalho de partilha está inserido na Área da Prevenção e é gerido pela DRLVT e os CRI; neste âmbito, a nossa ET ficou responsável pela supervisão da Equipa de Rua. Estas reuniões de supervisão tiveram início em 2010, tendo-se realizado até à data 18 sessões.

A adolescência é a fase que se destaca neste processo, com tudo o que ela implica, em termos de respostas e de impacto nos técnicos. É uma fase em que há *“a necessidade de mudança por um lado e as de escolhas por outro explicam a vulnerabilidade psíquica do adolescente”*⁶³ (2000:XXIII). Para além da adolescência, com toda a sua dinâmica, estamos perante a existência de grupos, que se reúnem em recantos de bairros problemáticos e encetam uma vida de marginalidade.

Esta equipa necessita de apoio de supervisão clínica, em que se discutem os casos, as problemáticas associadas e de que forma os profissionais se posicionam e se sentem, perante tais

⁶³ Braconnier, A., Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.

situações, que muitas vezes são violentas, chocantes, que colocam em causa os seus valores morais e cívicos. Pudemos desenvolver algumas ações de esclarecimento sobre questões mais do foro do tratamento dos comportamentos aditivos, pois diagnosticámos algumas lacunas nesse sentido, para além de ter havido pedidos específicos nessa área e julgámos que seria importante realizar sessões de psicoeducação mais estruturadas nos próximos encontros (situação já combinada com a equipa e psicóloga).

A problemática tratada pelo IAC é extensa e complexa, cruzando vários aspetos do foro económico, social, cultural e de saúde. Julgamos que a nossa opção por integrar este elemento no Estágio foi positiva e enriquecedora, pois permitiu-nos mobilizar conhecimentos e trabalhar numa área que não é a nossa habitual.

- Ainda no âmbito desta unidade de competência e da problemática da adolescência/Adição, acompanhámos uma psicóloga clínica da ET, nas consultas que esta realiza num Centro de Saúde da área de abrangência do CRI, em que nos foi possível observar a dinâmica do serviço e algumas sessões de treino em saúde mental.

- Ainda no que concerne a esta unidade de competência e à mesma se referir à realização de avaliação do indivíduo, em situações complexas, destaco aqui a nossa intervenção direta num caso em particular.

Fazemos referência a uma cliente que nos tem como enfermeiros de referência e que, devido ao estado clínico, em virtude de lhe ter sido diagnosticado um carcinoma na região peri - anal em fase bastante adiantada (e é seropositiva, com CD4 em número diminuto e elevada carga viral), temos dedicado muitos cuidados de enfermagem, no que diz respeito à avaliação dos fatores promotores de saúde mental. Foram realizadas várias visitas domiciliárias, pois o estado físico foi-se agravando devido à cirurgia realizada e aos inúmeros tratamentos com quimioterapia e radioterapia.

Desenvolvemos com essa cliente momentos de comunicação terapêutica, em que nos foi possível avaliar as suas capacidades internas e os recursos externos que detém para recuperar a sua saúde mental e a sua autonomia. Neste âmbito, foi solicitada a intervenção da técnica de serviço social, para colmatar falhas da nossa intervenção, que se prende com a resposta social que a cliente necessitava (realizámos duas visitas domiciliárias em equipa).

- Queremos, também, aqui destacar que ao desenvolvermos o nosso **PIS** estivemos a realizar avaliações exaustivas da saúde mental da equipa de enfermagem, do CRI da DRLVT,

perante uma situação complexa, como é o stress ocupacional. Esta avaliação ocorreu durante o Diagnóstico de Situação, parte integrante da Metodologia de Projeto.

- A avaliação, face à saúde mental dos clientes, às suas condições, recursos externos e capacidades, foi realizada de forma mais adequada, contextualizada com os aportes das unidades temáticas apreendidas durante o CPLEESMP e o MESMP. Pensamos que conseguimos transportar os nossos conhecimentos para a prática, em que nos posicionámos de forma mais coerente e consistente com o lugar que ocupamos na instituição de saúde. Para tal contribuíram as unidades curriculares de “Enfermagem” e de “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”.

b) Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;

Esta unidade de competência, ao completar a anterior, está patente em muito momentos da nossa prática como enfermeiros especialistas:

- Durante as consultas de enfermagem foram escutados os relatos dos clientes e analisados registos vários. Foi possível realizar uma interpretação dos dados obtidos à luz dos conceitos da saúde mental, a fim de aferir quais as capacidades internas e os recursos externos existentes, para fazer face às situações de desequilíbrios próprios da Adição.

Estes clientes estão em processo de reestruturação das suas vidas e por isso também avaliámos o impacto dos desequilíbrios acima referidos, no que diz respeito à manutenção do seu projeto terapêutico e da qualidade de vida (manutenção do emprego, continuidade dos tratamentos médicos concomitantes, entre outros). Estas avaliações determinam, também, um planeamento de intervenções, que podem ir da marcação de uma consulta de ginecologia, do contacto com o Clube de Emprego, ou duma visita domiciliária a uma mãe, que não aceita que o seu filho inicie um projeto em Comunidade Terapêutica.

As consultas de enfermagem realizadas no momento do PTAO são registadas no processo do cliente (no sistema informático próprio SIM, em linguagem universal CIPE), para que se

possa realizar uma análise das situações, quer individualmente, quer em equipa. As tomadas de decisão têm sempre como base esse registo e a sua análise crítica.

As consultas de enfermagem agendadas têm um guião próprio que serve de orientação às mesmas e onde são registadas informações importantes, que são posteriormente discutidas e analisadas a fim de se decidirem quais as melhores intervenções de enfermagem a delinear e qual o encaminhamento mais adequado, para outros profissionais. Julgamos que esta forma de registo é um aporte muito importante na medida em que sintetizamos a informação, nos permite analisá-la em equipa e decidir tomadas de decisão em segurança.

As consultas a familiares têm um registo próprio, podendo mesmo constituir-se um processo de consulta. Estas situações são menos comuns pelos aspetos éticos já referidos, pois os enfermeiros prestam cuidados diários aos elementos destas famílias.

- Como enfermeiros especialistas e, no contexto das reuniões mensais de enfermagem, é realizada a supervisão clínica de casos trazidos pelos enfermeiros, em que se pretende criar um ambiente de partilha e reflexão das práticas, com o objetivo de atingir um maior nível de qualidade dos cuidados.

- A existência de protocolos de serviço e de regras para o Programa de Metadona, nos quais temos responsabilidade, pois participamos na sua elaboração/atualização, permitem-nos desenvolver as nossas práticas de forma mais segura.

- Participamos de forma ativa na reunião multidisciplinar do Programa de Metadona, que se realiza semanalmente, em que são discutidos os casos mais problemáticos e são apresentadas as situações que suscitam maiores dúvidas em termos de atuação por parte dos profissionais.

- Durante a Reunião de Triagem são realizados registos dos elementos mais importantes a fim de facilitar a análise das situações, para que a escolha do terapeuta para seguimento seja adequada. Estes registos são transmitidos aos restantes enfermeiros, durante a reunião mensal, para que já exista um conhecimento prévio do cliente no momento do acolhimento de enfermagem.

- No que concerne às visitas domiciliárias realizadas aos clientes com situações clínicas específicas (que os impedem de se deslocar ao serviço), julgamos ter analisado convenientemente os dados obtidos nas mesmas, a fim de estabelecer quais as intervenções mais prioritárias. Estes

dados foram registados no processo dos clientes, para que possam ficar disponíveis para a equipa e para facilitar a análise dos mesmos, a fim de tornar as tomadas de decisão mais enriquecidas.

- Também no momento das sessões de supervisão clínica, da Equipa de Rua do IAC, existe um impresso próprio onde é possível registar os elementos mais importantes das histórias clínicas, a fim de se estruturar melhor a avaliação das mesmas e ressaltar quais os aspetos mais prementes. Esta equipa necessita que se discutam os casos e as problemáticas associadas e de que forma os profissionais se posicionam e se sentem.

- Os resultados do Diagnóstico de Situação, no **PIS**, foram analisados e discutidos à luz da Teoria de Neumann e de Kolcaba, para que as tomadas de decisão necessárias para realizar o Planeamento das Intervenções fossem o mais corretas possíveis.

- Também nesta unidade de competência foram importantes os aportes teórico-práticos do MESMP, principalmente das unidades curriculares de Enfermagem e de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

c) Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;

A problemática da Adição e o cuidar de pessoas com comportamentos aditivos implica um constante olhar global, ou seja, estes clientes trazem-nos uma panóplia de situações em que as nossas intervenções são necessárias:

- As intervenções de enfermagem no momento do PTAO implicam a mobilização de conhecimentos e competências com o objetivo de se prestarem cuidados de enfermagem de qualidade. Há diversas situações que têm que ser geridas no momento da administração do medicamento (cloridrato de metadona), muitas delas do âmbito das condições de saúde dos clientes.

As pessoas com problemas de Adição, inseridas num PTAO, trazem com elas diversas questões do foro físico e psiquiátrico, já que não estamos só perante o problema do consumo de substâncias psicoativas. Existem diversos casos de comorbilidade física (Tuberculose, HIV, problemas hepáticos, neoplasias) e psiquiátrica (depressão, psicoses, esquizofrenia). Estas

situações são geridas muitas vezes no momento de atendimento e administração do fármaco, em que também orientamos a toma dos antipsicóticos, antidepressivos, antibacilares e antirretrovirais.

Aquando da consulta de enfermagem e das visitas domiciliárias, este diagnóstico ocorre de forma mais organizada, com um tempo e um espaço marcado para o efeito, em que é mais adequado o tratamento das questões de saúde dos clientes.

A gestão destas situações passa por rever quais os protocolos existentes, a fim de se enviar estes clientes para outras unidades mais especializadas nas situações detetadas.

- No que concerne à nossa intervenção com os clientes, aos quais realizámos visitas domiciliárias, diagnosticámos vários problemas de saúde, quer do ponto de vista físico (neoplasia, HIV), quer do ponto de vista psicológico (depressão). Estes problemas foram apresentados à equipa multidisciplinar, para que as várias valências dessem respostas adequadas, já que as mesmas não poderiam ser só do âmbito de enfermagem.

- No âmbito do **PIS**, realizámos o Diagnóstico de Situação de saúde mental e gerimos o mesmo no grupo de enfermeiros do CRI, da DRLVT.

- No que diz respeito ao diagnóstico de saúde mental, pudemos realizar aprendizagens ao nível dos estados psiquiátricos, pois com os aportes da psicopatologia, foi mais fácil estar com os psiquiatras em consulta com os clientes, contextualizar as situações e acompanhar as pessoas no seu tratamento. Para tal, foi muito importante a unidade temática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

d) Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;

As prescrições de intervenções de enfermagem surgem no âmbito do PTAO, das consultas de enfermagem e das visitas domiciliárias, em que após a avaliação das situações, estamos aptos a proceder ao delineamento das intervenções adequadas. Para tal, utilizamos o programa informático SIM, que tem a CIPE integrada, para nos ajudar a levantar os focos de atenção, a fim de determinarmos as intervenções de enfermagem adequadas:

- No momento do PTAO, quando realizamos as avaliações de enfermagem e as analisamos, é possível prescrever intervenções para colmatar a situação que foi identificada. A CIPE, inserida no SIM, auxilia este processo e permite-nos sintetizar os raciocínios. Os registos são efetuados no processo do cliente, para que possam ser consultados por todos a fim de se manter os cuidados a este indivíduo.

Durante as consultas de enfermagem agendadas e as visitas domiciliárias e após os registos e análise crítica dos mesmos, são prescritas as intervenções de enfermagem, quer do âmbito mais geral, quer do âmbito mais específico de saúde mental. Também nesta situação, a CIPE dá o seu contributo, sendo mais fácil uniformizar os conceitos.

- No que diz respeito ao processo terapêutico, dos clientes, aos quais realizámos visitas domiciliárias, delineámos intervenções com o objetivo de dotá-los de estratégias, conhecimentos, maior autoestima, mecanismos de *coping* e fatores protetores da sua saúde mental, acompanhando, posteriormente, a sua evolução e os ganhos obtidos em qualidade de vida (exemplos: ensinamentos face à alimentação, à higiene da zona afetada pelo carcinoma, ocupação de tempo livre, aproximação aos familiares/progenitores). Com estes clientes também pudemos intervir ao nível da gestão da medicação (cloridrato de metadona, retrovirais e analgesia com morfina), quer da dose (que necessita de ser ajustada face à medicação efetuada), quer ao nível das doses domiciliárias semanais.

É importante que estas pessoas se sintam acolhidas e que se considerem parte do processo terapêutico, que não se sintam sós, que percebam que estamos com elas nesta dinâmica, pois *“dar a palavra à pessoa de quem cuidamos, no âmbito dos cuidados é extremamente importante: o enfermeiro deve ter sempre em mente que esta pessoa tem algo a dizer, a pedir, tem desejos e medos que há que ter em conta no processo da sua assistência”*⁵³ (Rézette, 2010:8).

Ao nível da família destes clientes, tentámos incluí-los no processo, mas nem sempre foi possível.

Queremos ressaltar neste ponto que, os conceitos oferecidos pela unidade temática Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, foram de especial importância.

- Também no que concerne ao **PIS**, foi-nos possível prescrever as intervenções face aos problemas diagnosticados, envolvendo a equipa de enfermagem (alvo do projeto) nesse processo.

- Os conhecimentos adquiridos nas unidades temáticas de “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria” e “Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas” também nos permitiram realizar aprendizagens, no que diz respeito às respostas terapêuticas que são oferecidas aos clientes, em que demos um maior contributo na discussão de casos e encaminhamento para determinada psicoterapia.

Os nossos planos de cuidados estão, agora, mais completos, adequados e cuidados, tendo como base a qualidade das nossas intervenções. Uma das aprendizagens, que mais foi transversal às nossas práticas, prende-se com o delineamento de estratégias, que visam o empoderamento dos clientes. Na área da Adição, incorre-se muitas vezes no erro, de proteger demasiado estas pessoas e não lhes dar espaço para desenvolverem as suas capacidades; estes momentos de formação foram fundamentais para contrariar estas situações e motivar os outros profissionais para tal.

e) Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;

Na área da enfermagem de saúde mental é vital proceder à educação para a promoção de saúde e prevenção de doenças, como tal a nossa atuação como enfermeiros especialistas implica esta unidade de competência:

- São realizadas sessões de psicoeducação para a saúde para os clientes da ET. Estas sessões são desenvolvidas com base em necessidades de informação detetadas junto dos clientes e em datas e locais previamente agendados. Já foram desenvolvidas sessões com vários temas: Hepatite C, HIV, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, Cancro do Colo do Útero, Cancro da Mama, Alimentação Saudável, Comunicação Assertiva e Cuidados com o Sol.

- Também desenvolvemos sessões de formação, na área da Adição, para profissionais de saúde (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos) quer na ET, quer noutras instituições que nos solicitem (hospitais, instituições de solidariedade social, estabelecimentos de ensino).

- No âmbito da Área da Prevenção, em que o CRI tem uma ação importante, participámos num projeto com professores de várias escolas secundárias, da região de Lisboa-Oriental. São formações de informação/sensibilização, integradas e focalizadas, sobre substâncias psicoativas e riscos associados ao seu consumo.

Estes professores apresentam dificuldades em monitorizar situações do foro da Adição, bem como balizar a sua intervenção junto dos alunos e respetivas famílias. Temos como objetivo reforçar as competências dos professores para a utilização de estratégias preventivas em contexto escolar, sensibilizá-los para a prevenção de comportamentos de risco em adolescentes e promover uma reflexão dinâmica dos recursos/projetos oferecidos pela escola.

- Com a equipa do IAC foi-nos possível estar em espaço de formação sobre Comportamentos Aditivos/Adolescência e Tratamentos de Dependências, pois foram lacunas que esta equipa identificou em termos de conhecimento.

- Participámos num grupo de formação multidisciplinar sobre “Comportamentos Aditivos em contextos recreativos”, no âmbito das festas académicas.

- Demos formação numa Câmara Municipal sobre “Dependências e Meio Laboral”, em que se pretendia sensibilizar chefes e subchefes de divisão para esta problemática, a fim de evitar acidentes de trabalho e promover o tratamento.

- Com o PIS, foi-nos possível coordenar um projeto, sendo que o mesmo se prende com a prevenção do stress ocupacional na equipa de enfermagem, logo, ao nível da promoção e proteção da saúde mental desse grupo alvo.

f) Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;

Para garantir a continuidade dos cuidados e a qualidade dos mesmos é importante que se criem canais de comunicação e de referênciação:

- No dia a dia de cuidados de enfermagem a pessoas com problemas de Adição fazemos a referenciação a outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, tendo para o efeito um momento próprio, que é uma reunião semanal. Para além deste momento mais formal e organizado, os enfermeiros referenciam e recebem referências dos seus clientes, duma forma informal, sempre que se considere adequado e oportuno.

Desta forma é possível assegurar a continuidade dos cuidados com qualidade e garantir o sucesso dos programas de tratamento.

- No que diz respeito a outras instituições, essas referenciações ocorrem e são muito importantes para a continuidade de vários processos de cuidados. Estes clientes apresentam características próprias, em que o consumo de substâncias psicoativas é só um dos elementos a ter em conta. São pessoas com comorbilidades várias, quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista psicológico, sendo que, para permitir a continuidade dos tratamentos vigentes é importante uma séria articulação entre as várias instituições.

A nossa instituição, em particular, articula com os serviços de saúde da área de abrangência. Temos protocolos de referenciação com essas instituições e reuniões multidisciplinares agendadas com periodicidade própria.

Pretendemos garantir a melhor qualidade dos cuidados de saúde aos nossos clientes, assim como, integrá-los na rede de saúde existente.

g) Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Os cuidados de enfermagem devem ser refletidos, discutidos e avaliados de forma a manter os índices de qualidade dos mesmos. Estes momentos de avaliação são também importantes para que o enfermeiro repense a sua prática, tenha consciência dos seus sucessos como profissional e se sinta motivado para os projetos de futuro.

- Os cuidados de enfermagem que prestamos às pessoas com problemas de Adição são avaliados através do Manual de Boas Práticas, estando sempre presente a preocupação com a ética, a equitatividade e a qualidade dos mesmos.

- Nas reuniões de enfermagem, realizadas mensalmente na ET, há um espaço de partilha e avaliação das nossas práticas, sendo a mesma dirigida por um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

- Nos cuidados prestados aos clientes, há uma avaliação constante da relação terapêutica estabelecida, em que o importante é o estar, o escutar e a relação, que se desenvolve nos encontros; são momentos em que a cliente procura e em que nós procuramos também, pois “restabelecer a relação, é portanto reencontrar um certo sentido para a vida, caminhar em direção à cura”⁶⁴ (2005:11).

- Realizámos a avaliação do **PIS**, através de *Focus Grupo* na equipa de enfermagem.

2- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

a) Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;

A necessidade de formação é avaliada de forma contínua, tendo como base os nossos próprios recursos pessoais e o projeto pessoal e profissional:

- A especialidade em enfermagem de saúde mental foi uma das necessidades sentidas de formação que nos levou a frequentar o curso de Pós Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

- O Curso de Mestrado em Enfermagem surge perante uma avaliação dos nossos próprios recursos pessoais e da vontade de consolidação de conceitos e do projeto profissional.

⁶⁴ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência: Loures.

- Neste momento, tendo em conta o percurso percorrido, o investimento académico realizado e a experiência profissional obtida, consideramos importante refletir sobre a necessidade de alguma formação mais específica.

Durante as aulas do CPLEESMP, na unidade temática Supervisão de Cuidados de Enfermagem, tivemos a oportunidade de discutir um caso clínico, do qual éramos enfermeiros de referência, o que nos permitiu um maior desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com isto, salientamos a necessidade de supervisão clínica de cuidados, realizada por um elemento externo à equipa, onde seria possível expor casos clínicos e situações dos cuidados de enfermagem, para análise e reflexão em equipa.

Este espaço de Supervisão permite-nos colocar situações que nos inquietam, escutarmos no nosso discurso, observar o impacto que o mesmo discurso impera nos outros e de que formas estes se manifestam e propõem soluções. Tudo isto promove o autoconhecimento e a consciência de nós próprios. É muito construtivo, é uma experiência formativa importante, na medida em que se experimenta um nível maior de auto percepção, exploração dos medos, consciência do comportamento verbal e não-verbal, refletindo sobre situações de zanga e reexperienciando as situações, analisando comportamentos e a assertividade.

- Com as competências adquiridas no CPLEESMP e no MESMP, pensamos ter uma tomada de consciência de nós mesmos durante a relação terapêutica, para isso foi importante a unidade temática “Narrativas de Vida para os Cuidados de Enfermagem”.

Julgamos que seria importante retomar o caminho da Psicoterapia, para permitir novas aprendizagens e consolidar “seres” e “estares”. Acreditamos que, como enfermeiros, é fundamental estarmos equilibrados em termos de saúde mental, pois a qualidade da relação terapêutica depende disso, depende da capacidade de comunicação e da sensibilidade para nos apercebemos de tudo o que se passa; Lazure (1994), citado por Ferreira e Dias (2005:68), refere que uma pessoa emocionalmente equilibrada é aquela que é capaz de *“clarificar, ser preciso e concreto, estar centrado no presente tanto no que lhe diz respeito como no que se refere aos outros; respeitar-se e respeitar os outros; ser congruente em relação a si próprio e em relação aos outros ser empático consigo próprio e com os outros; confrontar-se consigo próprio e com os outros”*⁶⁵.

O autoconhecimento é algo complexo e inacabado e depreende uma autorreflexão, uma tomada de consciência da nossa personalidade e introspeção; é um processo que nos acompanha

⁶⁵ Ferreira, M., Dias, M. O. (2005). *Ética e Profissão. Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

para sempre. É importante que cuidemos de nós, da nossa saúde mental, para nos permitirmos ser bons cuidadores.

- No que diz respeito ao projeto profissional, pensamos que seria uma mais-valia uma formação na área da Terapia Familiar, pois é uma lacuna do serviço e faz parte da nossa lista de interesses.

b) Valorize a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.

Sempre considerámos a autoformação como uma ferramenta essencial no nosso desenvolvimento pessoal e profissional:

- Ao propormo-nos para a realização do Curso de Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental, estamos a realizar um acréscimo importante de conhecimentos e competências, para valorizar a Enfermagem e para nos desenvolvermos pessoal e profissionalmente. Durante os conteúdos adquiridos, ao longo da formação referida, destacamos os obtidos através da unidade temática Formação Contínua Aplicada à Enfermagem.

- Tentamos ter acesso a artigos científicos e a livros técnicos das áreas diretamente relacionadas com a Adição, ou outras, que surgem aquando dos cuidados aos clientes.

- Participamos em grupos de trabalho e tertúlias, com enfermeiros e outros profissionais de saúde, no âmbito da problemática da Adição, que são desenvolvidos no nosso serviço ou na DRLVT.

- Assistimos a Jornadas e Congressos, de enfermagem, médicos ou do âmbito da psicologia, tendo como foco principal a Adição e a comorbilidade que estes clientes apresentam.

3- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:

a) Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;

Como enfermeiros especialistas estamos dotados de competências e de conhecimentos que nos permitem compreender e interpretar as situações complexas, em contextos mais alargados:

- Participamos nas reuniões de equipa multidisciplinar da ET, quer na reunião geral, quer na reunião do PTAO, onde mobilizamos os nossos conhecimentos e a nossa experiência, na área da saúde mental, para colaborar na reflexão e resolução de casos clínicos. Estes casos são apresentados pelos enfermeiros e pelos outros profissionais de saúde e reportam-se a situações ocorridas com os clientes com problemas de Adição.

- A ET tem um protocolo com a ANF, no que diz respeito à administração de metadona nas farmácias, pelo que, é necessário a realização de uma reunião semestral com a mesma entidade, em que participamos de forma ativa.

- Mensalmente há uma reunião na DRLVT, com a ordem de trabalhos focada no PTAO, na qual participamos e, em que é necessário reportar todo o nosso *know-how* no âmbito da saúde mental em geral e da Adição, em particular.

- Também mensalmente, acontece uma reunião de enfermagem, com os enfermeiros de toda a DRLVT, em que o nosso contributo como enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental é considerado importante e uma mais-valia na discussão de aspetos ligados à profissão e ao serviço.

- Diversos conteúdos foram apreendidos durante o CPLEESMP e o MESMP, o que nos permitiu compreender e resolver questões mais complexas, no âmbito de contextos mais alargados e multidisciplinares. Para tal, queremos ressaltar algumas das unidades temáticas importantes para

isso: “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”, “Enfermagem de Saúde Mental e Maternidade”, “Enfermagem de Saúde Mental Infantil e Juvenil”, “Enfermagem de Saúde Mental no Adulto e Idoso”, “Enfermagem de Saúde Mental com Clientes com Problemas de Adição” e a “Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial”.

b) Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e fatos relacionados com as Ciências de Enfermagem e as suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;

Pensamos ter obtido os conhecimentos necessários para solidificar a nossa prática em teorias e fundamentos das ciências de enfermagem, que dão uma consistência diferente aos nossos cuidados:

- Foram importantes os conhecimentos e os momentos de reflexão que ocorreram durante o Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental, assim como, durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental.

O enquadramento conceptual é algo que, muitas vezes, deixamos para segundo plano nas nossas práticas. Com a unidade temática, “Enquadramento Conceptual em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”, pudemos contextualizá-las de forma consistente e é, sem dúvida, muito confortável estar na profissão com bases teóricas que a sustentem. Ter contacto com conceitos e teorias e trabalhá-los nos cuidados prestados, faz com que seja possível apropriarmo-nos deles e senti-los presentes nas nossas intervenções.

Referimos como alguns dos mais importantes as teorias de Peplau, Neuman e Kolcaba, pois ajudaram a fazer o caminho na especialidade e na construção do nosso **PIS**.

Também houve Unidades Temáticas que proporcionaram uma consolidação de conceitos importantes para a nossa intervenção. O “Aconselhamento” foi uma delas, principalmente no que diz respeito à prestação de cuidados a pessoas com problemas de Adição. O aconselhamento implica escuta ativa, a clarificação, o respeito, a congruência e a confrontação, ferramentas utilizadas de forma inequívoca nesta área. A relação enfermeiro-cliente é recíproca e “...é *construída por ambos*,”

*aconselhador e cliente, fundamentalmente com uma experiência de crescimento para o cliente...*⁶⁶
(Trindade & Teixeira, 2010:67).

O enriquecimento académico no que diz respeito ao tema do stress, em que para tal também contribuiu a unidade temática “Gestão de Stress”, fez com que nos focássemos no stress ocupacional em Enfermagem, considerado por nós importante e que tem implicações diretas na promoção de comportamentos assertivos, prevenção de conflitos e desenvolvimento de competências na identificação de riscos, estando na base do nosso **PIS**.

Também os conceitos no âmbito do “Direito da Saúde e da Enfermagem” e da “Bioética em Enfermagem”, contribuíram para um aprofundamento do conhecimento e da capacidade de reflexão das questões éticas e deontológicas da profissão.

c) Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;

Julgamos que todo o caminho percorrido, quer do ponto de vista académico, quer do ponto de vista profissional, permite-nos ter um papel importante no seio da equipa multidisciplinar. Sentimos que somos um elemento importante nas reflexões clínicas e nas tomadas de decisão:

- Aquando de reuniões, mais ou menos, informais, os restantes profissionais consultam-nos face às situações discutidas e, o mesmo acontece, na reunião semanal do PTAO e na reunião geral.

- Na reunião mensal de enfermagem, desenvolvida na ET com a equipa, são abordados casos de clientes, em que a intervenção do enfermeiro é refletida, sendo que é da nossa responsabilidade, como enfermeiros especialistas, a gestão desse momento.

⁶⁶ Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença- Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, **XVIII**. (1). 3-14. Acedido a 20-08-2011 às 12h30 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a01.pdf>.

d) Faça gestão de caso quando aplicável;

Recorrer à metodologia de gestão de caso na prática clínica em saúde mental é uma das nossas prioridades como enfermeiros especialistas, visto que conseguimos ajudar o cliente a obter os recursos apropriados e a escolher as soluções mais ajustadas aos seus problemas de saúde. Esta metodologia, pelas suas características, é muito adequada na problemática da Adição:

- Participámos nas reuniões de supervisão de casos, na ET do Barreiro, onde este método já está implementado, de forma a tomarmos contacto com as dinâmicas e a percebermos de que forma o impacto é positivo para os clientes ter o enfermeiro como gestor de caso.

Esta equipa desenvolve esta metodologia desde 2006 e neste momento estão 46 clientes a beneficiar deste método, sendo que o mesmo é desenvolvido por 4 enfermeiros.

Os clientes inseridos na metodologia de Gestão de Caso têm ganhos, diretos e indiretos, em saúde: atividades de vida diárias com alterações positivas que promovem o bem-estar e aumento da referenciação para outros serviços de saúde, de acordo com necessidades levantadas durante o processo. Os profissionais, enfermeiros gestores de caso, também têm ganhos: maior autoestima profissional, maior reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar, maior motivação e maior consciência das necessidades de formação e reflexão. A equipa multidisciplinar sai também beneficiada pois, existe uma maior comunicação, um trabalho em equipa mais rico e interessante.

- Realizámos sessão de esclarecimento sobre a Gestão de Caso à equipa de enfermagem da ET de Loures, sendo que, neste momento, já está implementado o método de enfermeiro de referência, como preparação para o método de Gestão de Caso.

- Durante o nosso período académico, mais recente, tivemos contacto com conceitos importantes para atingir esta unidade de competência, nomeadamente com as unidades temáticas “Enfermagem de Saúde Mental com Clientes com Problemas de Adição” e “Supervisão de Cuidados”.

e) Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade;

Trabalhamos em articulação e colaboração com várias instituições de saúde e seus profissionais, com o objetivo de melhorar a saúde global dos clientes e restante comunidade:

- Somos responsáveis pela articulação com o serviço de hepatologia, do Hospital de Santa Maria, no que concerne às patologias hepáticas nos nossos clientes, em que temos como principal objetivo avaliar a situação hepática e referenciar para os tratamentos adequados.

- Articulamos também com o CDP do Lumiar, no que diz respeito às doenças do foro pulmonar, com especial ênfase para a tuberculose. Há um rastreio anual, realizado a todos os nossos clientes e posterior encaminhamento para estruturas de tratamento, sempre que isso se justifique.

- Estamos presentes na equipa que realiza a supervisão clínica ao IAC, desenvolvendo um trabalho importante com esta instituição, visando melhorar a saúde global da comunidade.

- Participamos também, com a Misericórdia de Lisboa no programa de Prevenção do Cancro no Colo do Útero, em que ajudamos a selecionar as clientes da nossa ET que têm condições para realizar o rastreio, aquando das consultas de enfermagem da Saúde da Mulher.

- Foram importantes os conteúdos académicos recebidos aquando do CPLEESMP e MESMP, em que abordámos diversas temáticas, fulcrais para o atingir desta unidade de competência. As unidades temáticas que aqui destacamos são: “Enfermagem de Saúde Mental na Maternidade”, “Enfermagem de Saúde Mental Infantil e Juvenil”, “Enfermagem de Saúde Mental no Adulto e Idoso”, “Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial” e “Enfermagem de Saúde Mental Comunitária e Familiar”.

4- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio com docentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

a) Selecione os meios e as estratégias mais adequadas à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;

A fundamentação das nossas práticas é algo muito importante para manter a qualidade dos cuidados prestados e, para tal é necessário mobilizar os conhecimentos, as estratégias e os meios mais adequados:

- O facto de articularmos com a ESS de Setúbal, no que diz respeito à orientação de estudantes do CLE, em ensino clínico, permite-nos um contacto regular com os docentes que nos permite refletir e avaliar determinado problema, ao nível da prestação dos cuidados, de forma mais fundamentada.

- A articulação que existe entre a ET do Barreiro e a ESS, no que diz respeito à supervisão dos casos no âmbito da Gestão de Caso (na qual também participamos), permite-nos consolidar as situações de uma forma mais teórica e fundamentar as intervenções de enfermagem.

b) Avalie os resultados, em ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

A avaliação dos nossos cuidados permite-nos perceber o impacto das nossas práticas na saúde mental dos nossos clientes:

- Os cuidados de enfermagem prestados por nós, na nossa equipa de enfermagem, são avaliados mensalmente aquando da reunião de enfermagem. Este espaço permite uma reflexão das práticas e dos “sentires” como profissionais de saúde mental na área da Adição e, uma avaliação dos resultados das nossas intervenções em ganhos de saúde, no sentido ético e deontológico.

- As reuniões de enfermagem, realizadas na DRLVT, também são um espaço de reflexão e avaliação da prática, tendo como base o Manual de Boas Práticas.

- As reuniões na ET do Barreiro permitem um espaço de avaliação dos cuidados e dos ganhos em saúde obtidos com os mesmos, já que é um espaço de discussão e reflexão orientado por um elemento externo à equipa (docente da ESS), o que permite uma abordagem não tão centrada na equipa, mas sim nos focos gerais, mais do foro da ética e da deontologia dos cuidados.

Esta competência cruza todo o percurso académico realizado aquando do CPLEESMP e do MESMP e para tal contribuíram as diferentes unidades curriculares:

- “Enfermagem”;
- “Gestão de Processos e Recursos”;
- “Ambientes em Saúde”;
- “Investigação, Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem”;
- “Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas”;
- “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”.

5- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidencia:

a) Analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;

A investigação e a evidência produzida conduzem-nos a cuidados mais enriquecidos, em que é possível confrontar a nossa prática com outras formas de “ser” a Enfermagem:

- Julgamos que esta unidade de competência foi tratada ao longo do **PIS**, visto ser um projeto de investigação, cujos dados obtidos foram analisados e resultaram num contributo importante para a evidência. O tema do **PIS** esteve diretamente ligado com a área dos estudos especializados em saúde mental e foram respeitados os aspetos sociais e éticos relevantes, na medida em que trabalhámos com os enfermeiros um tema pertinente, respeitando sempre os padrões previamente acordados.

Durante o Diagnóstico de Situação aplicámos um questionário devidamente adaptado à população portuguesa e escolhido de acordo com a problemática em estudo, em que nos foi possível obter as respostas às perguntas de partida delineadas no início da investigação. Aquando do Planeamento da Intervenção realizámos um *Focus Grupo* em que pretendemos, em conjunto com a população – alvo da investigação, traçar o esquema das intervenções. No momento da avaliação repetimos a técnica do *Focus Grupo* para que fosse possível avaliar as intervenções e em que medida os objetivos foram atingidos. Em todos estes momentos, tivemos a preocupação de cruzar a evidência com os resultados que obtivemos a fim de perceber o quanto os nossos contributos se destacavam na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Com este trabalho, que consiste num relatório final, onde apresentamos os resultados finais da nossa investigação, estamos a fazer a Divulgação dos Resultados (última fase da Metodologia de Projeto) e assim, também a produzir evidência.

- Também na nossa prática, como enfermeiros especialistas, temos a preocupação que a mesma seja fundamentada na evidência científica, para que os cuidados por nós prestados sejam apoiados em teorias de enfermagem, entre outras ciências, a fim de manter os elevados padrões de qualidade, referidos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (outubro/2011).

- Realizamos uma seleção criteriosa de formação, congressos e artigos científicos que estão disponíveis, a fim de enriquecer o conhecimento científico sobre a área da Saúde Mental e Psiquiatria.

- Para esta unidade de competência mobilizámos os conhecimentos obtidos em várias unidades temáticas, do CPLEESMP e do MESMP: “Economia e Políticas de Saúde”, “Métodos de Tratamento de Informação”, “Trabalho de Projeto” e “Ética em Investigação”.

b) Use capacidade de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que haja o desenvolvimento de competências na Investigação em Enfermagem, para que a profissão evolua e enriqueça, a fim de tornar os cuidados de maior qualidade, com enfoque na ética e na deontologia:

- Ao trabalharmos no **PIS** pensamos ter utilizado a investigação como elemento crucial para a evolução da prática de enfermagem.

Utilizamos uma metodologia própria da Investigação, a Metodologia de Projeto, que nos permitiu ir ao terreno e estudar a realidade da equipa de enfermagem, indagar de que forma estes enfermeiros estavam a vivenciar o stress ocupacional e o que era possível fazer, com eles, para colmatar os efeitos do mesmo.

Com a Investigação, foi possível fazer evoluir a prática, fazer evoluir a profissão, na medida em que, só existindo enfermeiros cuidados poderão existir clientes melhor assistidos.

O **PIS** é um exemplo claro que, parando para estudar uma realidade, é possível melhorar algo em prole da qualidade dos cuidados dos clientes.

- Durante o nosso período académico pudemos adquirir conhecimentos no âmbito da Investigação em Enfermagem, o que se revelou importantíssimo para este processo todo. Fomos dotados de conhecimentos que nos permitem evoluir como enfermeiros investigadores, em que não somos meros cuidadores, em que temos capacidades para indagar as nossas práticas, refletir o que somos e querer fazer sempre melhor.

- A investigação é algo que não deve parar, como tal, temos projetos para o futuro que implicam produção de evidência na área da Adição e da Saúde Mental.

6- Realize análise diagnóstica, planeamento, e intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, em investigação, as políticas de saúde e administração em Saúde em geral e em enfermagem em particular.

A formação é um aspeto importante para garantir a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e para tal, como enfermeiros especialistas e mestres em saúde mental compet-nos participar e ser responsáveis por esta formação:

- Fazemos parte da equipa de formação da ET que tem como função organizar a formação multidisciplinar. Procedemos ao diagnóstico de formação no final de cada ano, para que no início do ano seguinte seja possível apresentar o planeamento geral da formação. As sessões são organizadas no serviço, ou fora dele, conforme o tema a tratar e são avaliadas com questionário próprio.

- Somos responsáveis pela formação da equipa de enfermagem, em que o diagnóstico das necessidades de formação são realizados a cada 3 meses. O planeamento é realizado na equipa e as intervenções ocorrem no final das reuniões de enfermagem, que são mensais. Cada sessão é avaliada após ocorrer e todos os elementos dão a sua opinião sobre a mesma.

- Orientamos ensinios clínicos do CLE, pelo que, também temos um papel importante na formação destes estudantes. Articulamos diretamente com os docentes, no que concerne aos fundamentos deste momento de formação.

- Integramos a equipa de formação da ET na ANF, no que diz respeito à área dos comportamentos aditivos.

- Realizamos formação de pares, noutras instituições de saúde, quando tal é solicitado, após diagnóstico elaborado pelos centros de formação em questão. Esta formação prende-se com a problemática da Adição e a comorbilidade destes clientes.

- No âmbito da articulação com o IAC realizamos formação aos profissionais da equipa de rua.

- Realizámos formação, em parceria com uma Câmara Municipal, em que sensibilizámos chefes e subchefes de divisão para a problemática dos comportamentos aditivos, a fim de se evitar acidentes de trabalho e promover o tratamento.
- Participámos num grupo de formação multidisciplinar, em que se formou estudantes do ensino superior sobre “Comportamentos aditivos em contextos recreativos”, a fim dos mesmos atuarem no terreno aquando das festas académicas.
- Durante o CPLEESMP e o MESMP foi-nos possível adquirir conteúdos no âmbito dos Ambientes em Saúde, nomeadamente com as unidades temáticas de “Economia e Políticas de Saúde”, “Capacitação e Saúde Global” e “Psicossociologia das Organizações”, que nos permitiu atingir esta competência com maior facilidade.

III – CONCLUSÃO

“Invariavelmente somos o produto de todas as nossas experiências. Mas alguns de nós pararam. Reflectiram...tiveram interlocutores e fizeram catarses. Aí, algo ou alguém devolveu à sua paisagem da consciência, o detalhe...o pormenor, que identificou o significado e o sentido de algo...Quando podemos fazer a aquisição em consciência sobre a experiência, temos dela uma nova paisagem em nós.”⁴³ (2010:13)

Com este relatório, pudemos fazer uma síntese dos ocorridos e dos refletidos que pautaram o Estágio do Mestrado, quer no que respeita ao **PIS**, quer à análise crítica das competências do Mestre.

Com o **PIS**, pretendíamos conhecer se os enfermeiros viviam situações de stress e de que forma as sentiam, durante a sua prática. Pretendíamos também, propor intervenções organizacionais e individuais, que permitissem promover a saúde e evitar o stress ocupacional, com a consequente quebra na produtividade e na qualidade dos cuidados prestados.

Julgamos que, com este projeto, foi-nos possível traçar um caminho, onde foi possível atingir um grau de enriquecimento. Este enriquecimento foi possível através de todo um trabalho de pesquisa bibliográfica e reflexão que foi realizado no âmbito do enquadramento teórico, quer ao nível das teóricas de enfermagem, quer ao nível da problemática do Stress.

Queremos salientar a Metodologia de Projeto como um aspeto facilitador a todo este processo pois, revelou-se um desafio para nós, o que nos permitiu uma abordagem diferente, que julgamos muito adequada e completa.

Como aspetos constrangedores e que causaram alguma limitação ao trabalho, salientamos o pouco tempo que tivemos para a fase da Execução do Projeto, assim como, o facto de , durante as nossas pesquisas, não encontrarmos estudos com avaliação de intervenções na problemática do stress ocupacional, o que não nos permitiu realizar o confronto com os nossos resultados.

Consideramos que existiu um claro contributo deste **PIS** para a equipa de enfermagem e para o serviço, onde foi desenvolvido, já que o mesmo trouxe benefícios, tais como a implicação direta dos enfermeiros nas dinâmicas desenvolvidas e a melhoria/manutenção da saúde mental destes profissionais, o que tem um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Para além disto, foi possível conhecer a forma de sentir o stress ocupacional destes enfermeiros, produzindo assim evidência sobre o tema.

Finalizámos o **PIS**, o que não quer dizer que vamos interromper o desenvolvimento deste projeto no serviço, já que o consideramos de extrema importância para os profissionais envolvidos, assim como, para a manutenção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes com problemas de Adição. Mais uma vez, concluímos que a saúde mental tem um impacto importante a vários níveis, tal como é referido na literatura e em inúmeros órgãos científicos e de comunicação social, o que prova o quanto é importante apostar na saúde pública das populações.

Ao nível das competências do Mestre, julgamos ter desenvolvido as competências, nas suas unidades de competência, tal como nos tínhamos proposto, ao desenvolver uma prática clínica contextualizada em pesquisa bibliográfica e nos conteúdos das Unidades Temáticas.

A enfermagem, como profissão intelectual e científica, necessita que os enfermeiros se inscrevam num quadro teórico, pois isso vai fazer a diferença na forma como cuidamos o cliente, na forma como nos inscrevemos na relação com o Outro. Neste momento, sentimo-nos capazes de afirmar que nos encontramos ligados, de forma mais efetiva, a um referencial teórico (Teoria dos Sistemas- Betty Neuman e Teoria do Conforto- Katharine Kolcaba), que nos facilita a compreensão dos pedidos e nos ajuda a efetuar as mudanças, com o cliente, de forma mais correta. Sabemos que, perante o percurso realizado e tudo aquilo que ainda nos apraz fazer, esta ligação já é consistente, o que, de alguma forma, já nos permite prestar cuidados e refletir sobre os mesmos mais conscientemente, com os conteúdos mais contextualizados.

A Adição “...insere-se naturalmente no sofrimento psíquico”⁶⁷ (1998:83), desencadeia uma modificação do indivíduo, “...uma transformação da forma de perceber o mundo e de se perceber a si mesmo...”⁶⁷ (Morel, Hervé & Fontaine, 1998:189). Como enfermeiros especialistas em saúde mental pretendemos encarar os cuidados aos nossos clientes de forma mais global, pois nesta área “...o que é preciso cuidar é uma relação com o mundo”⁶⁷ (Morel, Hervé & Fontaine, 1998:189), a restauração de vínculos. Como fenómeno, a Adição, no âmbito da saúde mental, é descrita por

⁶⁷ Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Lopes (2010:71), citando Leshner (2005), como “...um estado de intoxicação do «Eu» provocado pelo uso repetido e voluntário de substâncias no contexto de uma necessidade compulsiva para continuar a utilizá-las, as dependências afectam mais que o corpo, mais que a razão, mais que a moral”. Estamos perante uma problemática que joga com a liberdade de escolha e coloca em causa o projeto de vida do indivíduo, por isso, faz sentido falar em cuidados de enfermagem em que se pretende “...procurar pelo Outro...” e “...lutar pela liberdade do seu Ser Humano, no processo neguentrópico de «se tornar»”⁶⁸ (Lopes, 2010:72).

Julgamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início deste percurso, já que pretendíamos relatar o nosso Trabalho de Projeto “Cuidar de Enfermeiros – Os enfermeiros como beneficiários de cuidados. Stress ocupacional dos enfermeiros numa equipa de tratamento” e analisar criticamente a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Mas, acreditamos que é muito mais que o atingir de objetivos previamente estabelecidos, é um “crescer” como pessoas, como profissionais, como enfermeiros, é termos tido a oportunidade de nos colocar perante outros paradigmas na área da Enfermagem de Saúde Mental, refletir com outros olhares teóricos e no final permitir-nos outros “sentires” e outros “estares”.

A sociedade, o país e o mundo estão a sofrer alterações na sua estrutura, pelo que devemos estar preparados para fazer face a novas problemáticas, pois a Enfermagem não está isolada disto, sendo que, “um dos desafios que se colocam à Enfermagem no século XXI, é que seja cada vez mais significativa, que consiga realmente trazer uma mais-valia, uma maior qualidade à prestação dos cuidados de Saúde. Esta qualidade, que hoje está indubitavelmente na moda, só se consegue com trabalho e com rigor.”¹⁴(Sequeira & Sá, 2010:65).

Como Mestres em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pretendemos ocupar um papel mais ativo, quer na equipa, quer na profissão. Sabemos que, por vezes não irá ser fácil, manter essa postura pois, existem resistências, mas sentimo-nos capazes de fazer face às mesmas, de forma profissional, agilizando os conhecimentos e competências para tal, sempre com o objetivo final de defender o cliente, nos cuidados de qualidade a que tem direito, garantindo o que vem referido na literatura: o enfermeiro é o advogado do cliente, responsabiliza-se pelos seus interesses, salvaguardando-os e protegendo-os.

⁶⁸ Lopes, J. (2010). O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento – Artigo de Investigação. *Revista toxicodependência*. **16**, (1), 65-67. Acedido a 03-09 -2011 às 17h em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text6Vol16_n1E.pdf.

Consideramos que a estrutura do Mestrado está bem organizada, na medida em que, no final, conseguimos apropriar deste novo papel, sentindo motivação para continuar um processo de aprendizagem, autoconhecimento e aposta na profissão.

IV – BIBLIOGRAFIA

@ http://currentnursing.com/nursing_theory/comfort_theory_Kathy_Kolcaba.html Acedido a 02-03-2011 às 18h.

@ http://osha.europa.eu/pt/riskobservatory/index_html Acedido a 23-11-2011 às 13h30

@ <http://www.thecomfortline.com/> . Acedido em 22 -04-2012 às 14h.

@ Casarin, S. N. A. ; Villa, T. C. S. ; Gonzales, R. I. C. ; Caliri, M. H. L. & Freitas, M.C. (2003) – Gerenciamento de Caso. Análise do Conceito. *Investigación y Educación en Enfermería*. **XXI**, (1), 26-36. Acedido a 23-12-2011 às 12h40 em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105217879005.pdf>

@ Costa, J. R. A., Lima, J. V. & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*. **37**, (3), 63-71. Acedido em 04-06-2012 às 13h em Scielo em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/08.pdf>

@ Custódio, S., Pereira, A. M. S. & Seco, G. M. B. (2006). Stresse, suporte social, otimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Em: VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade de Évora. 1-16. Acedido a 16-09-2011 às 12h em <http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/319/1/Stress,%20suporte%20social,%20optimismo%20e%20sa%C3%Bade.pdf>

@ DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA - SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000 - Acedido a 22-03-2011 às 11h em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm

@ Diretiva - quadro - saúde e segurança no local de trabalho - Diretiva nº 89/391/CEE, de 12 de junho. Acedido a 01-06-2011 em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:PT:HTML>

@ Faria, S. (2007). Supervisão Clínica na Enfermagem no caminho da Excelência dos Cuidados. *Fórum Enfermagem*. Acedido a 23-10-2011 às 23h em http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2959

@ Harahan, N. P., Aiken L. H., McClaine L. & Hanlon A. L. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues Ment Health Nurs.* **31**, (3), 198-207. Acedido em 04-06-2012 às 23h em Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856615/?tool=pubmed>

@ Josso, M.C. (2009) - O caminhar para si: uma perspetiva de formação de adultos e de professores. *Revista @mbienteeducação*. **2**, (2), 136-139. Acedido a 01-12-2011 às 16h30 em http://www.unicid.br/old/revista_educacao/pdf/volume_2_2/11_josso.pdf

@ Kolcaba, Katharina (2003). *A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company Acedido a 07-05-2011 às 11h em http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=comfort+theory+and+practice+a+vision+for+holistic+health+care+and+research&ots=S7Y6qKPfFc&sig=wQzt_B_0hDdiTb9mmftatahNvRM#v=onepage&q&f=false.

@ Kolcaba, K. (2003) *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer publishing company. Acedido a 02-05-2012 às 15h em http://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

@ Kolcaba, K & Apóstolo, J.L.A. (2009) - The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. **23**, (6), 403-411. Acedido a 31-03-2012 em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/2009%20-%20Effect%20of%20Guided%20Imagery%20on%20Comfort.pdf>.

@ Kolcaba, K. & Wilson, L. (2004) Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. **19**, (3), 164-173. Acedido a 23-04-2012 em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/2004%20-%20Practical%20application%20of%20comfort%20theory%20in%20perianesthesia%20setting.pdf>.

@ Laal, M. & Aliramaie N. (2010). Nursing and coping stress. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. **2** (5), 168-181. Acedido a 05-06-2012 às 18h em B-On <http://www.iomcworld.com/ijcrimph/files/v02-n05-05.pdf>

@ Lasalvia, A, et al. (2009). Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British of Psychiatry*. **195**, 537-544. Acedido a 04-06-2012 às 23h em PubMed <http://bjp.rcpsych.org/content/195/6/537.long>

@ Lin H.S., Probst J. C. & Hsu Y. C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in Southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*. **19**, 2342-2354. Acedido em 05-06-2012 às 18h em Ebsco <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1897a7f5-8f6f-430b-ae28-b3535bb03638%40sessionmgr4&vid=2&hid=15>

@ Martins, M. C. A. (2003) – *Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar*. Acedido em 10/11/2007 em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm>

@ Moreira, D. S., Magnano, R. F., Sakae, T. M. & Magajewski, F. R. L. (2009) – Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. *CAD. Saúde pública*. **25** (7) 1559-1568 Acedido a 12-03-2011 às 13h em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf>

@ Moreno-Egea A., Latorre-Reviriego I., Morales-Cuenca G., Campillo-Soto A. , Bataller-Peñafiel E. & Sáez-Carreras J. (2009). Cómo evitar “quemarse” (o padecer el síndrome de burnout) en un servicio de cirugía general. *Cir Ciruj* **77**, 149-155. Acedido a 05-06-2012 às 1h em Medilatina

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2c8f77db-a98a-4672-8418-2cb6aabe29b%40sessionmgr12&vid=5&hid=17>

@ Ordem dos Enfermeiros, (2006). Tomada de Posição em Investigação em Enfermagem. Acedido a 10-10-2011 às 11h em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

@ Organização Mundial de Saúde. Trabalhando juntos pela saúde - Relatório Mundial de Saúde 2006 Acedido a 29-03-2011 às 23h em http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf

@ Popp, M. S. (2008). *Estudio preliminar sobre el síndrome*. 1, 5-27. Acedido em 4-06-2012 às 13h em Scielo <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>

@ Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Artigo 97º, alínea a) da Lei nº 102/2009, de 10 de setembro - Acedido a 29-05-2011 às 11h em <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17600/0616706192.pdf>

@ Robazzi, M. L. do C. et al. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 26. (1). 52-64 Acedido a 04-06-12 às 18h em Scielo <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf09110.pdf>

@ Rodrigues, P. F., Álvaro, A. L. T. & Rondina, R. (2006) – Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*. 7. Acedido a 03-03-2011 às 12h em <http://www.revista.inf.br/psicologia07/pages/artigos/edic07-anoiv-art03.pdf>

@ Ruivo, A. (1999). *Stress, coping e qualidade de vida em indivíduos transplantados renais*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Acedido a 08-08-2012 às 16h em http://catalogo.bnportugal.pt/ipac20/ipac.jsp?session=12NC71635V546.572591&profile=bn&uri=link=3100018~!969044~!3100024~!3100022&aspect=basic_search&menu=search&ri=1&source=~!bnp&term=Ruivo%2C+Maria+Alice&index=AUTHOR#focus

@ Ruivo, M. A.; Ferrito, C.; Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010) - Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. (15). Acedido a 23-10-2011 às 16h em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

@ Santos, M. S. & Teixeira, Z. (2009). O Stress profissional dos enfermeiros. Acedido a 04-05-2011 às 12h em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1290/2/368-378_FCS_06_-3.pdf.

@ Sequeira, A. e Lopes, J. (2009) - Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. *REVISTA TOXICODEPENDÊNCIAS*. **15**, (1), 67-76 Acedido a 26-05-11 às 11h em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_6.pdf

@ Silva, M. C. & Gomes, A. (2009) – Stress Ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*. **14**, (3) 239-248. Acedido a 17-14-2011 às 17h em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26113603008.pdf>

@ Varvogli L., Darviri C. (2011). Stress management techniques:evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. **5**, 74-89. Acedido a 05-06-2012 às 18h em Cinahl Plus <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=994181d4-06c0-42b7-832c-52af9e9a3d0f%40sessionmgr4&vid=5&hid=17>

📖 Agostinho, L. (2010). *Competência emocional em enfermagem*. Coimbra: Formasau.

📖 Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios familiares. Uma visão sistémica*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-30-x

📖 Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

📖 Antunes, Celso (1992). *Manual de Técnicas de Dinâmicas de Grupo de Sensibilização de Ludopedagogia*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

- 📖 Antunes, M. J. C. (1991). *Desafio à Aplicação dos Modelos Teóricos de Enfermagem* (D. Orem, N. Roper, B. Neuman). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- 📖 Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann, Enfermagem Fundamental, abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-96610-6-5
- 📖 Cooper, C. L. & Marshall J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças das coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, II, (2/3), 153-170.
- 📖 Correia A. J. (1996/1997). *O burnout nos profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes: causas e consequências*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- 📖 Delbrouck, M. (2006) – *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.
- 📖 Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- 📖 Helman, C. G. (1998). *Cultura, Saúde e Doença*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 📖 Josso, M.-C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: EDUCA. ISBN: 972-8036-38-8
- 📖 Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- 📖 Leal, M. F. P. (1998). *Stress e Burnout*. Porto: Autor
- 📖 Leshner, A. (2005). A Toxicodependência é uma Doença do Cérebro, e isso importa. *Boletim Cérebro Toxicodependente*. 1, 7-10. Coimbra: Biopress, 2005.
- 📖 Marques, P., Carvalho, J. C., Sousa, P., Borges, E. & Cruz, S. (2005). *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João. ISBN: 989-20-0099-4
- 📖 McIntyre, T. M. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, XII, (2-3), 193-200.
- 📖 McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, XVI, (3), 513-527.
- 📖 Minuchin, S. (1990). *Famílias, Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas,

- 📖 Murcho, N. Á. C. (2010). *Mal-Estar E Bem-Estar Em Enfermeiros: Levantamento Da Situação E Perspetivas de Intervenção*. Universidade do Algarve.
- 📖 Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- 📖 Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Connecticut: Appleton & Lange
- 📖 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- 📖 Pinto, A. M.& Chambel, M. J. (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas*. Lisboa: Livros Novo Horizonte. ISBN: 978-972-24-1623-8
- 📖 Queiros, P. J. P. (2005). *Burnout, no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra :Formasau, ISBN: 972-8485-47-6
- 📖 Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores da saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia social e Institucional.
- 📖 Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- 📖 Sampaio, D.& Gameiro, J. (2000). *Terapia Familiar*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- 📖 Seabra, P. (2005). Cuidar num cat. O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácea. *Revista Toxicodependências*. **11**, (2), 55-64.
- 📖 Tomás, C. (2009/2010). *Riscos psicossociais e clima organizacional: Burnout nos Enfermeiros que Cuidam em Toxicodependência*. Leiria: Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria.
- 📖 Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5
- 📖 Yalom, I. & Leszez, M. (2005). *Psicoterapia de Grupo Teoria e Prática*. (5ª Edição). São Paulo: Artmed..

ANEXOS

ANEXO A- Questionário

PREVENÇÃO DO STRESS OCUPACIONAL NO ENFERMEIRO A PRESTAR CUIDADOS NO CRI ORIENTAL

Agradeço desde já a disponibilidade para participar neste estudo e saliento a importância da sua colaboração para o sucesso do mesmo.

O meu nome é Marta Cristina Guerreiro Rosa e sou enfermeira no CRI Oriental, ET de Loures; no âmbito do Curso Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Setúbal, pretendo realizar um estudo no CRI Oriental, cujo **objectivo geral** é avaliar o nível de stress ocupacional sentido pelos enfermeiros que prestam cuidados na ET de Xabregas e na ET de Loures, para que, seja possível desenvolver um projecto de prevenção desta situação, visando a manutenção dos cuidados de enfermagem com qualidade à pessoa com problemas de adição.

O instrumento escolhido é um questionário composto por quatro partes:

- Escala de avaliação do Clima Organizacional, a Work Environment Scale (WES) elaborada por Moos (1986)⁶⁹,
- Escala de avaliação dos acontecimentos violentos,
- Escala MBI-GS, Maslach Burnout Inventory – General Survey, criada por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson (1996)⁷⁰,
- Caracterização profissional.

⁶⁹ Escala traduzida e adaptada à população portuguesa por Louro (1995)

⁷⁰ Escala traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes (1999)

QUESTIONÁRIO

O preenchimento deste questionário é VOLUNTÁRIO e as respostas obtidas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Solicito-lhe que responda a todas as questões de forma sincera e espontânea, assinalando com uma cruz (X) no círculo (☐) respectivo. Não existem respostas certas ou erradas.

Respondendo ao instrumento autoriza a manipulação e divulgação dos dados, no âmbito do estudo.

*Obrigatório

PARTE I - CLIMA ORGANIZACIONAL

As afirmações seguintes referem-se ao local onde trabalha. As afirmações têm por objectivo caracterizar a generalidade dos ambientes de trabalho. Contudo, algumas palavras podem não estar perfeitamente adaptadas para o seu ambiente de trabalho. Por exemplo, o termo supervisor pode referir-se ao seu chefe, superior hierárquico ou à pessoa a quem o empregado reporta. Decida quais as afirmações verdadeiras ou falsas que melhor caracterizam o seu ambiente de trabalho. Se pensa que a afirmação é verdadeira ou a maior parte das vezes é verdadeira para o seu ambiente de trabalho, clique na opção VERDADEIRO. Siga procedimento semelhante para as afirmações falsas assinalando a opção FALSA.

1. O trabalho é realmente desafiador. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

2. As pessoas fazem os possíveis por ajudar um novo empregado a sentir-se mais à vontade. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

3. Os supervisores tendem a falar com superioridade para os empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

4. Poucos empregados têm funções de responsabilidade. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

5. As pessoas prestam muita atenção para realizarem o trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

6. Existe uma pressão constante para os empregados permanecerem a trabalhar. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

7. Por vezes, as coisas estão bastante desorganizadas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

8. Dá-se rigorosa importância ao cumprimento de políticas e regulamentos. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

9. É valorizado o modo diferente de fazer as coisas. *

- ☐ Verdadeiro

- ☐ Falso

10. Às vezes está demasiado calor. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

11. Não existe grande espírito de grupo. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

12. O ambiente é um tanto impessoal. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

13. Os supervisores geralmente elogiam o empregado que faz alguma coisa bem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

14. Os empregados têm muita liberdade para fazer o trabalho como quiserem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

15. Muito tempo é desperdiçado devido à ineficiência. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

16. Parece haver sempre urgência para tudo. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

17. As actividades são bem planeadas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

18. As pessoas enquanto trabalham, podem vestir-se de modo extravagante, se quiserem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

19. As ideias novas e diferentes são sempre postas à prova. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

20. A iluminação é extremamente boa. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

21. Muitas pessoas parecem estar apenas a fazer tempo. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

22. As pessoas interessam-se pessoalmente umas pelas outras. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

23. Os supervisores tendem a desencorajar as críticas dos empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

24. Os empregados são encorajados a tomar as suas próprias decisões. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

25. As coisas raramente são deixadas para amanhã. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

26. As pessoas não se podem dar ao luxo de relaxar. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

27. As normas e regulamentos são um tanto vagas e ambíguas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

28. Espera-se que as pessoas sigam as normas estabelecidas, enquanto trabalham. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

29. Este local de trabalho seria um dos primeiros a experimentar uma nova ideia. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

30. O espaço de trabalho é demasiado pequeno para o número de pessoas que lá trabalham. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

31. As pessoas parecem sentir orgulho na organização. *

- ☐ Verdadeiro

- ☐ Falso

32. Os empregados raramente fazem coisas juntos depois do trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

33. Os supervisores geralmente dão pleno crédito às ideias dos empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

34. As pessoas podem usar a sua própria iniciativa para fazer as coisas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

35. Este local é altamente eficiente e orientado para o trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

36. Ninguém trabalha demasiado. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

37. As responsabilidades dos supervisores estão claramente definidas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

38. Os supervisores vigiam atentamente os empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

39. A variedade e a mudança não são particularmente importantes. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

40. Este local de trabalho tem uma aparência moderna e com estilo. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

41. As pessoas esforçam-se bastante naquilo que fazem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

42. As pessoas são geralmente sinceras em relação àquilo que sentem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

43. Os supervisores criticam muitas vezes os empregados por coisas de pouca importância. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

44. Os supervisores encorajam os empregados a confiarem em si próprios quando surge um problema. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

45. Ter muito trabalho feito é importante para as pessoas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

46. Não existe pressão pelo tempo. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

47. Os detalhes dos trabalhos atribuídos aos empregados, são-lhes geralmente explicados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

48. As normas e regulamentos são rigorosamente cumpridos. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

49. Os mesmos métodos são utilizados há muito tempo. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

50. O local de trabalho precisava de uma nova decoração interior. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

51. Poucas pessoas se oferecem voluntariamente. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

52. Os empregados almoçam muitas vezes juntos. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

53. Os empregados sentem-se geralmente à vontade para pedir aumento. *

- ☐ Verdadeiro

- ☐ Falso

54. Os empregados geralmente não tentam ser únicos e diferentes. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

55. Dá-se ênfase “ao trabalho antes da brincadeira”. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

56. É muito difícil acompanhar a carga de trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

57. Os empregados estão muitas vezes confusos sobre o que é exactamente suposto fazerem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

58. Os supervisores estão sempre a controlar os empregados e a supervisioná-los com muita atenção. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

59. Novas soluções para as coisas são raramente experimentadas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

60. As cores e a decoração tornam o local acolhedor e alegre para se trabalhar. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

61. É um local de trabalho animado. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

62. Os empregados que se diferenciam muito dos outros na organização não se dão bem. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

63. Os supervisores esperam demasiado dos empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

64. Os empregados são encorajados a aprender coisas, mesmo que estas não estejam directamente relacionadas com o seu trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

65. Os empregados trabalham demasiado. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

66. Pode-se trabalhar calmamente e ainda assim realizar o trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

67. Os benefícios adicionais são integralmente explicados aos empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

68. Os supervisores muitas vezes não cedem perante a pressão dos empregados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

69. As coisas tendem a manter-se quase sempre na mesma. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

70. Às vezes há bastantes correntes de ar. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

71. É difícil conseguir pessoas para fazer qualquer trabalho extraordinário. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

72. Os empregados falam muitas vezes uns com os outros sobre os seus problemas pessoais. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

73. Os empregados discutem os seus problemas pessoais com os supervisores. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

74. Os empregados funcionam razoavelmente, independentemente dos supervisores. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

75. As pessoas parecem ser bastante ineficientes. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

76. Existem sempre prazos para serem cumpridos. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

77. As normas e políticas estão constantemente a mudar. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

78. Espera-se que os empregados se submetam rigorosamente às normas e costumes. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

79. Existe uma atmosfera fresca e nova no local de trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

80. O equipamento está geralmente bem adaptado. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

81. O trabalho é geralmente muito interessante. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

82. As pessoas criam, muitas vezes, problemas por falarem dos outros pelas costas. *

- ☐ Verdadeiro

- ☐ Falso

83. Os supervisores defendem realmente o seu pessoal. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

84. Os supervisores encontram-se regularmente com os empregados para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

85. Existe uma tendência para as pessoas chegarem tarde ao trabalho. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

86. As pessoas têm de fazer muitas vezes trabalho extraordinário para terem o seu trabalho pronto. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

87. Os supervisores encorajam os empregados a serem limpos e arrumados. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

88. Se um empregado chega tarde, pode compensar o atraso ficando até mais tarde. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

89. As coisas parecem estar sempre a mudar. *

- ☐ Verdadeiro

- ☐ Falso

90. As salas são bem ventiladas. *

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

PARTE II - ACONTECIMENTOS VIOLENTOS

Responda às questões seguintes tendo por base os acontecimentos violentos de que foi vítima, no seu local de trabalho, durante o último ano, da parte de usuários do serviço onde trabalha (utentes, familiares, etc.). Tendo em conta os acontecimentos abaixo indicados, seleccione a opção que, em seu entender, melhor representa o número de vezes que o mesmo ocorreu.

Ameaças verbais *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Ameaças com objectos comuns (cadeiras, vidros, garrafas, ...) *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Ameaças com armas brancas e/ou de fogo *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Ameaças com material de injeção *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Ameaças com outros materiais contaminados *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Agressão verbal (insultos) *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano

- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Agressão física com objectos comuns (cadeiras, vidros, garrafas, ...) *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Agressão física com armas brancas e/ou de fogo *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Agressão física corpo-a-corpo (pés, mãos, dentes, ...) *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana

- ☐ Todos os dias

Agressão com material de injeção *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

Agressão com outros materiais contaminados *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

PARTE III - AVALIAÇÃO DE BURNOUT

Em seguida nomeiam-se algumas informações sobre sentimentos relacionados com o trabalho. Leia cuidadosamente cada afirmação e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou o sentimento descrito, selecione a opção NUNCA. Se já teve esse sentimento, indique a respectiva frequência (seleccionando a opção que melhor a defina).

1. No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês

- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

2. Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

4. Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stresse. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

5. O meu trabalho deixa-me exausto. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

6. Eu consigo resolver eficazmente os problemas que aparecem no meu trabalho. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

7. Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

8. Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano

- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

9. Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

10. Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

11. Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana

- ☐ Todos os dias

12. No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

13. Eu só quero fazer o meu trabalho e que não me incomodem. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

14. Eu estou a ficar mais céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

15. Eu duvido do significado do meu trabalho. *

- ☐ Nunca

- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

16. No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas. *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes por ano
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Todos os dias

PARTE IV - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1. Minha antiguidade na profissão *

- ☐ Menos de 2 anos
- ☐ De 2 anos a 5 anos
- ☐ De 5 anos a 10 anos
- ☐ De 10 anos a 20 anos
- ☐ Mais de 20 anos

2. Meu tempo de serviço no IDT, IP *

- ☐ Menos de 2 anos
- ☐ De 2 anos a 5 anos
- ☐ De 5 anos a 10 anos
- ☐ De 10 anos a 20 anos
- ☐ Mais de 20 anos

3. Actualmente desempenha funções de chefia/coordenação? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Meu regime de trabalho *

- ☐ Tempo parcial (responda à questão 4.1.)
- ☐ Tempo Completo (35 horas por semana)
- ☐ Horário Acrescido (42 horas por semana)
- ☐ Outro (responda à questão 4.2.)

4.1. Se respondeu: Tempo parcial. Quantas horas por semana?

4.2. Se respondeu: Outro. Qual?

5. Vínculo de contratação *

- ☐ Contrato de Trabalho a Termo Indeterminado
- ☐ Contrato de Trabalho a Termo Certo
- ☐ Comissão de Serviço na Função Pública
- ☐ Acumulação de Funções na Função Pública
- ☐ Outro (responda à questão 5.1.)

5.1. Se respondeu: Outro. Qual?

6. Trabalha noutras instituições como enfermeiro/a? *

- ☐ Sim (responda à questão 6.1.)
- ☐ Não

6.1. Se respondeu: Sim. Quantas horas por semana?

7. Sexo *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumentos de recolha de dados

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

WES – Work Environment Scale

A escala WES foi escolhida para a primeira parte do questionário; é uma escala elaborada por Moos (1986), traduzida e validada para a população portuguesa por Louro (1995) e é um instrumento válido para a análise do Clima Organizacional de uma organização.

Tem características que lhe permitem avaliar o clima organizacional e as relações entre empregados/empregadores, empregados/supervisores e mede as percepções dos colaboradores, acerca do local de trabalho. A escala é constituída por 90 itens de resposta fechada e dicotómica do tipo Verdadeiro/Falso; estes encontram-se organizados de forma sequencial, sendo que cada 9 destes itens avalia uma subescala diferente.

A avaliação do clima organizacional é realizada, tendo em conta 3 dimensões: relacionamento, desenvolvimento pessoal e sistemas de manutenção e mudança.

Para responder a esta escala, foi solicitado aos enfermeiros que assinalassem a resposta (Verdadeiro ou Falso) que melhor se adequava ao seu ambiente de trabalho.

Cada resposta é pontuada de 0 a 1 pontos, assim sendo, cada subescala poderá apresentar valores de pontuação de 0 a 9 pontos, de tal modo que, quanto mais alta a pontuação, mais envolvimento, mais coesão entre colegas, mais apoio do supervisor, mais autonomia, mais orientação para a tarefa, mais pressão no trabalho, mais clareza, mais controlo, mais inovação e mais conforto físico.

Escala de avaliação de Acontecimentos Violentos

A violência no trabalho é considerada sempre que um grupo ou indivíduo é alvo de actos de agressão ou violência, por parte de pessoas internas ou externas à organização.

Estes actos de agressão podem ser: comportamentos abusivos (sem razoabilidade e implicando recurso excessivo a força física ou a pressão psicológica), ameaças (de morte ou de provocação de dano a pessoas e bens) e ataque (tentativa de agressão, danos físicos).

Pretendeu-se com estas escala, avaliar a ocorrência de acontecimentos violentos, no local de trabalho, durante o último ano.

Foram seleccionados 11 acontecimentos violentos que constituem os itens desta escala: agressão propriamente dita, ameaças verbais, ameaças com objectos comuns, ameaças com armas brancas e / ou de fogo, ameaças com material de injeção e ameaças com outros materiais contaminados; agressão verbal, agressão física com objectos comuns, agressão física com armas brancas e / ou de fogo, agressão física corpo-a-corpo, agressão com material de injeção e agressão com outros materiais contaminados.

Estes itens foram avaliados, recorrendo a uma escala Tipo Likert, com 7 proposições, que determinam frequências de ocorrência de acontecimentos (Nunca a Todos os Dias). A pontuação atribuída a cada item, varia de 0 a 6 pontos, sendo 0 pontos atribuídos à resposta Nunca e 6 pontos atribuídos à resposta Todos os dias.

MBI-GS – Maslach *Burnout* Inventory – General Survey

É uma Escala de *Burnout* elaborada por Shaufeli, Leiter, Maslach e Jackson (1996), traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes (1999).

Maslach é uma psicóloga social que defende que o stress é uma experiência individual no contexto das relações sociais, implicando sempre as concepções do próprio e as concepções sobre os outros (Pinto e Chambel, 2008).

Esta escala pretende avaliar o nível de *Burnout*, avaliando, para isso, as suas três dimensões: exaustão emocional e física, cinismo e eficácia profissional.

É composta por 16 itens, 5 dos itens avaliam a Dimensão Exaustão física e emocional, 5 itens avaliam a Dimensão Cinismo e 6 itens avaliam a Dimensão Eficácia profissional.

A avaliação é realizada numa escala Tipo Likert, com 7 proposições de frequência de acontecimentos, cada proposição é cotada com um valor de 0 a 6, com a seguinte ordem: Nunca (0), Algumas Vezes por ano (1), Todos os Meses (2), Algumas vezes por mês (3), Todas as semanas (4), Algumas vezes por semana (5), Todos os dias (6).

Caracterização Profissional

Neste âmbito, foram incluídas as seguintes características: antiguidade na profissão e no serviço, desempenho de funções de chefia, regime de trabalho, vínculo de contratação e trabalho extra como enfermeiro noutras instituições; foi também avaliado o género sexual dos participantes.

As variáveis Antiguidade na Profissão e no Serviço foram avaliadas através de questões fechadas de escolha múltipla, sendo que as respostas possíveis para ambas as questões eram: Menos de 2 anos, De 2 a 5 anos, De 5 a 10 anos, De 10 a 20 anos, Mais de 20 anos.

A variável Desempenho de funções de chefia é avaliada com uma questão fechada com resposta tipo Sim / Não. A variável Regime de trabalho, foi avaliada com uma questão fechada de escolha múltipla (Tempo parcial, Tempo completo 35 horas por

semana, Horário Acrescido, 42 horas por semana e Outro) e duas possíveis questões de resposta aberta curta.

A variável Vínculo de contratação tem múltiplas respostas possíveis e foi avaliada com uma questão fechada de escolha múltipla (Contrato de Trabalho a termo Indeterminado, Contrato de trabalho a termo certo, Comissão de Serviço na Função Pública, Acumulação de Funções na Função Pública e Outro) e uma possível questão aberta de resposta curta.

O Exercício de Funções como enfermeiro noutra instituição foi avaliado, realizando uma questão fechada de resposta tipo Sim / Não. No caso da resposta seleccionada ser Sim, era solicitada a resposta a uma questão aberta de resposta curta: Quantas horas por semana?

BIBLIOGRAFIA:

- PINTO, Alexandra Marques; CHAMBEL, Maria José – **Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas.** Livros Novo Horizonte. 2008 ISBN: 978-972-24-1623-8

APÊNDICE B – Apresentação dos resultados

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

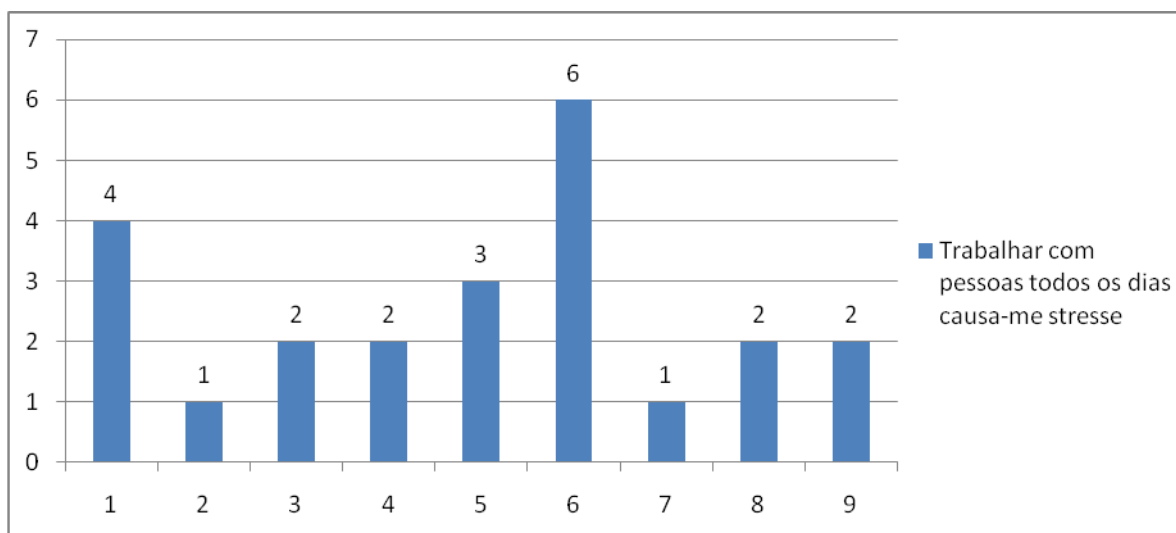
Este estudo foi realizado com base em nove inquéritos.

Depois de inseridos os resultados dos inquéritos foram feitos os gráficos para responder às questões:

1- QUESTÃO PRINCIPAL – Estes enfermeiros sofrem de stresse ocupacional?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Legenda:

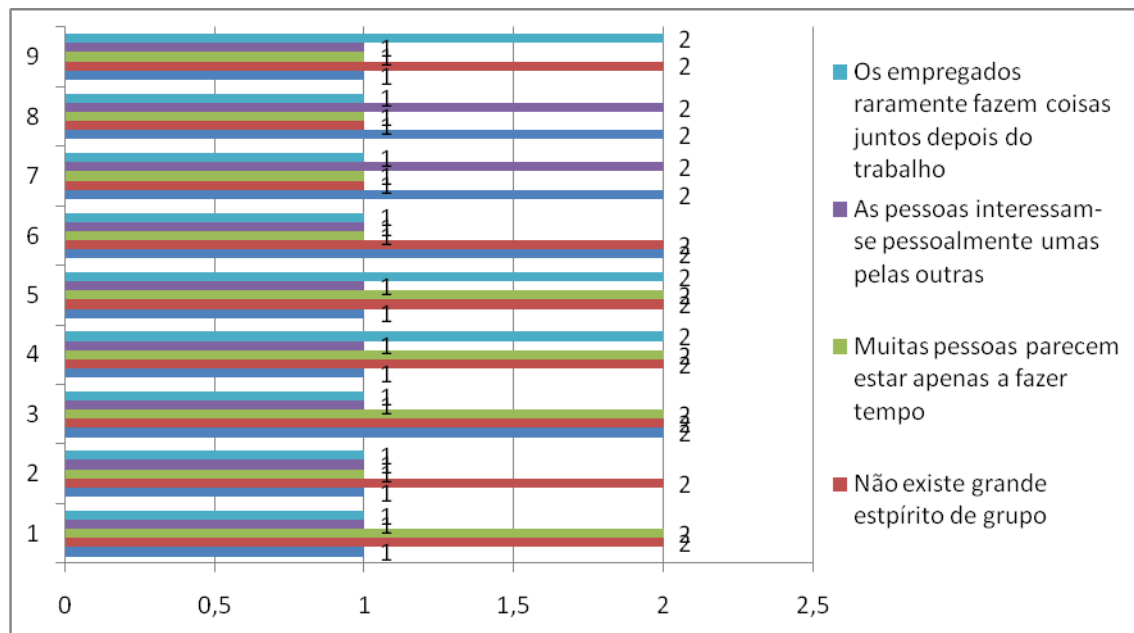
- 1 - Nunca;
- 2 - Algumas vezes por ano;
- 3 - Uma vez por mês;
- 4 - Algumas vezes por mês;
- 5 - Uma vez por semana;
- 6 - Algumas vezes por semana;
- 7 - Todos os dias;

Resposta: algumas vezes por ano

2- Qual o nível de despersonalização?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Legenda:

1 – Sim

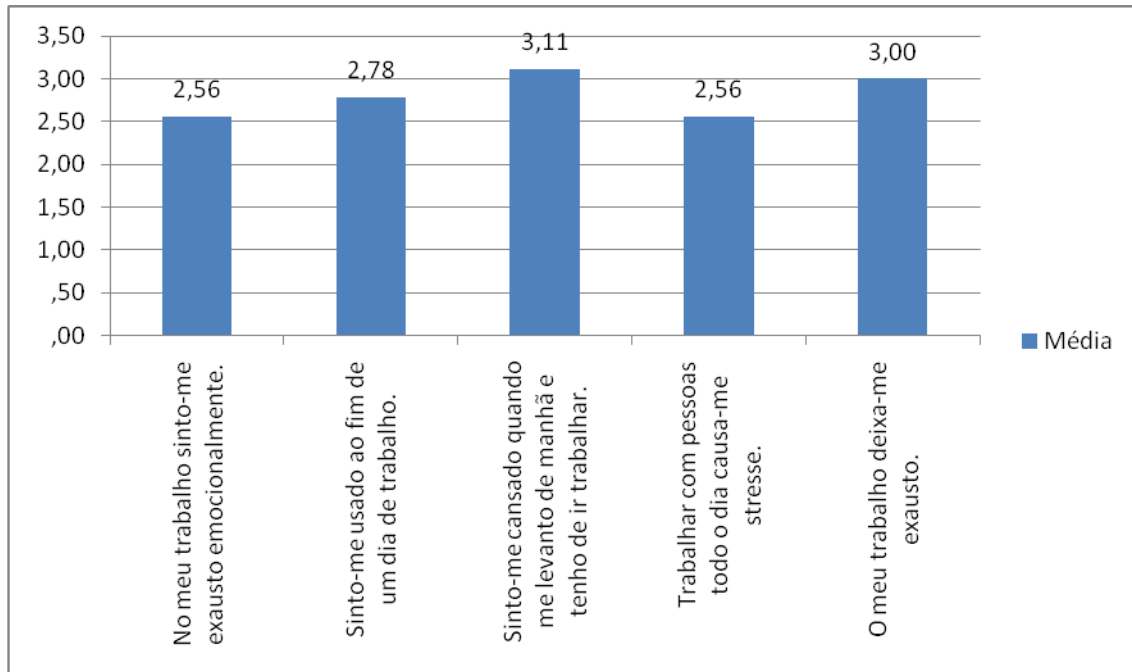
2 – Não

Resposta: existe espírito de grupo e de entreaajuda entre colegas. Existe convívio fora do local de trabalho o que é positivo para a relação entre colegas.

3- Qual o nível de exaustão?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Legenda:

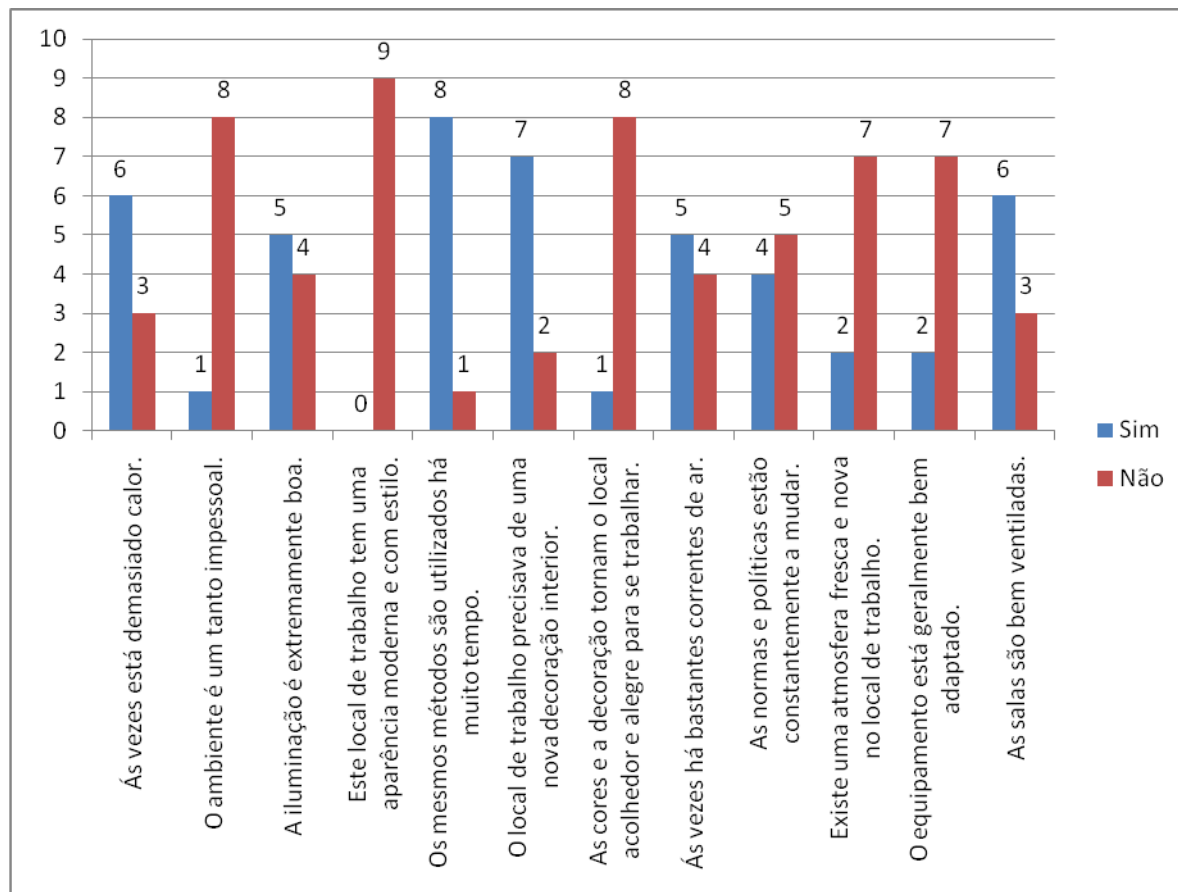
- 1 - Nunca;
- 2 - Algumas vezes por ano;
- 3 - Uma vez por mês;
- 4 - Algumas vezes por mês;
- 5 - Uma vez por semana;
- 6 - Algumas vezes por semana;
- 7 - Todos os dias;

Resposta: o nível de exaustão não é muito elevado, visto que em 9 inquéritos, apenas 3 se consideram emocionalmente exaustos.

4- Quais os factores organizacionais que contribuem para essa exaustão?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Legenda:

1 – Sim

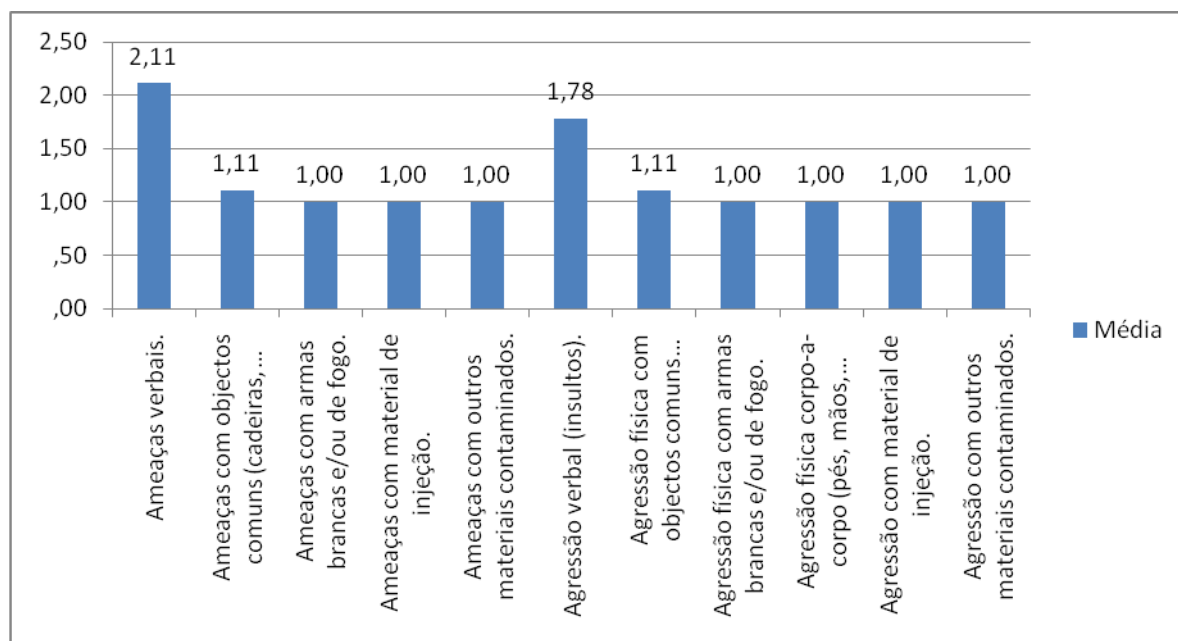
2 – Não

Resposta: os mesmos métodos são utilizados há muito tempo; o local de trabalho precisava de uma nova decoração interior.

5- Os enfermeiros sofrem de agressões? Que tipo?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Os valores são verificados entre 0 e 9 pois é o numero total de respostas .

Legenda:

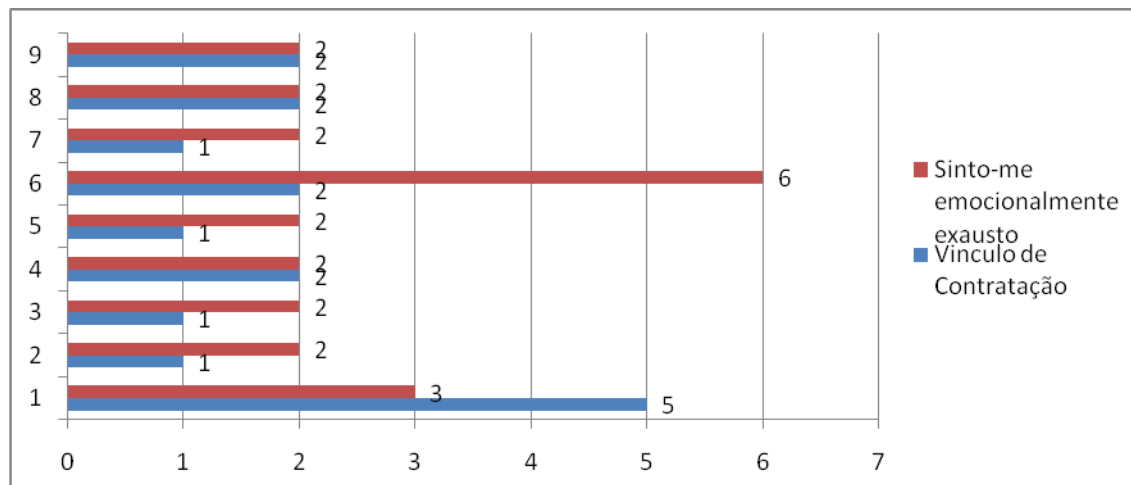
- 1 - Nunca;
- 2 - Algumas vezes por ano;
- 3 - Uma vez por mês;
- 4 - Algumas vezes por mês;
- 5 - Uma vez por semana;
- 6 - Algumas vezes por semana;
- 7 - Todos os dias;

Resposta: ameaças verbais e agressões verbais.

6- A precariedade contribui para a exaustão?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Legenda referente às respostas:

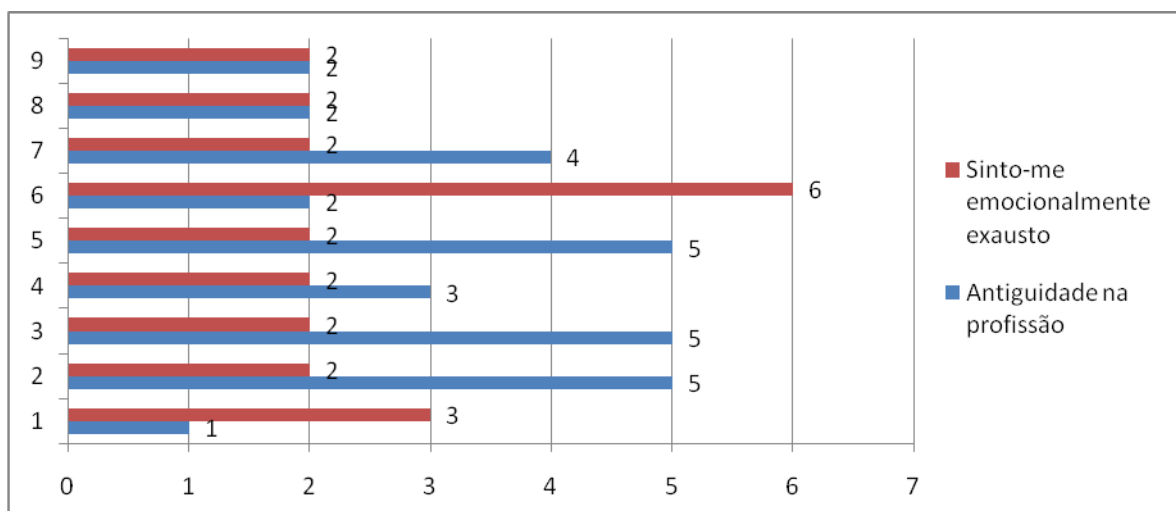
Vínculo de Contratação	Sinto-me emocionalmente exausto
1 - Contrato de Trabalho a Termo Indeterminado; 2 - Contrato de Trabalho a Termo Certo; 3 - Comissão de Serviço na Função Pública; 4 - Outro; 88 - Não aplicável; 99 - Não responde	1 - Nunca; 2 - Algumas vezes por ano; 3 - Uma vez por mês; 4 - Algumas vezes por mês; 5 - Uma vez por semana; 6 - Algumas vezes por semana; 7 - Todos os dias; 88 - Não aplicável; 99 - Não responde

Resposta: a precariedade não existe nos 9 inquéritos.

1- O envelhecimento / imaturidade na profissão contribui para a exaustão?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Legenda referente às respostas:

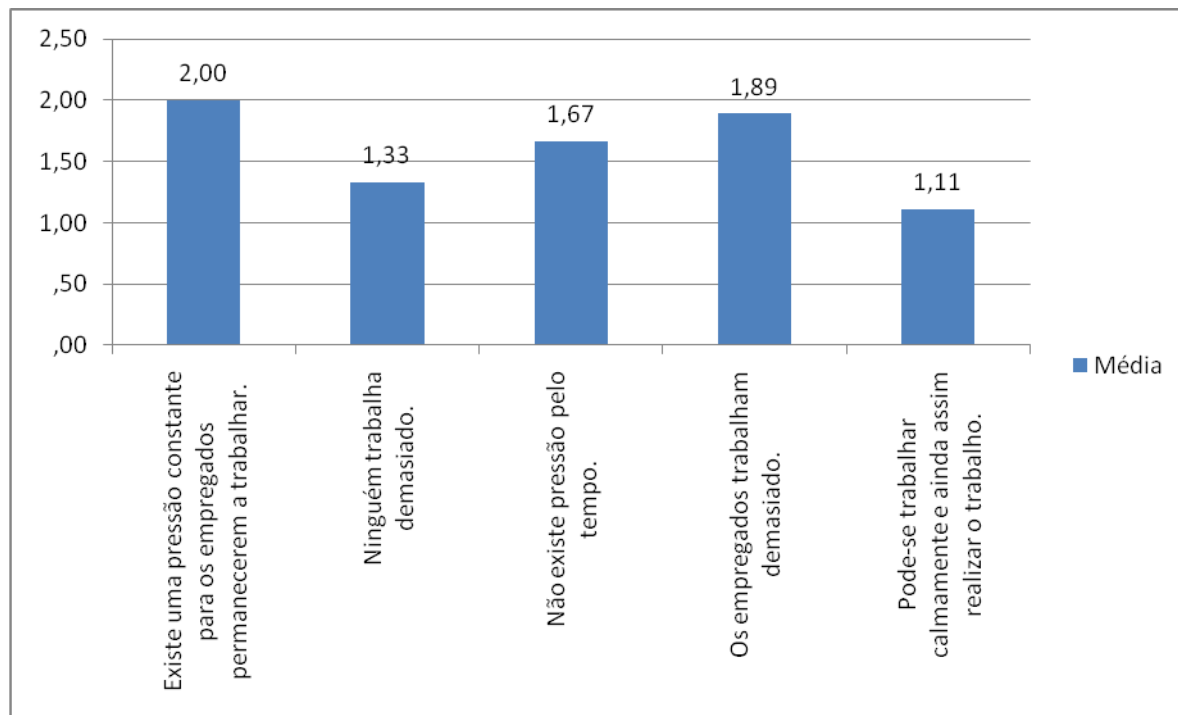
Vínculo de Contratação	Antiguidade na profissão
1 - Contrato de Trabalho a Termo Indeterminado;	1 - Menos de 2 anos;
2 - Contrato de Trabalho a Termo Certo;	2 - De 2 a 5 anos;
3 - Comissão de Serviço na Função Pública;	3 - De 5 a 10 anos;
4 - Outro;	4 - De 10 a 20 anos;
88 - Não aplicável;	5 - Mais de 20 anos;
99 - Não responde	88 - Não aplicável;
	99 - Não Responde

Resposta: sim.

7- O ritmo de trabalho é sentido como elevado?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Os valores são verificados entre 0 e 9 pois é o numero total de respostas dadas.

Legenda:

1 – Sim

2 – Não

88 – Não aplicável

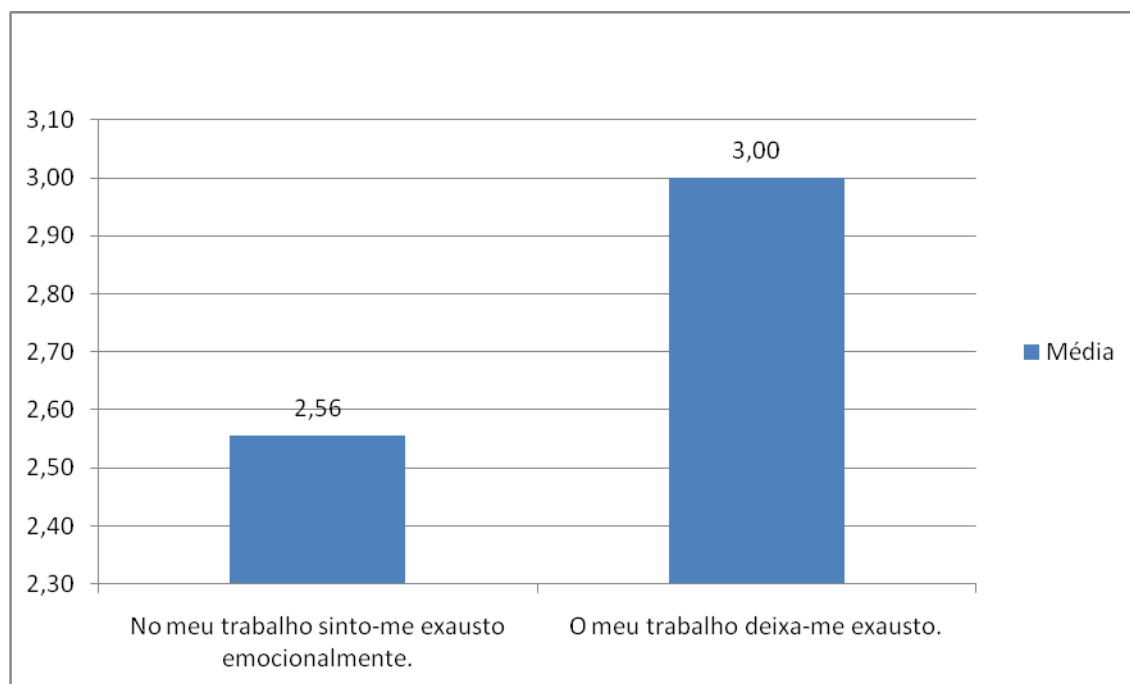
99 – Não responde

Resposta: sim, existe uma pressão para permanecerem a trabalhar e demasiado.

8- É um trabalho exigente emocionalmente?

Número de respostas validadas = 9

Número de respostas não respondidas / nulas = 0



Os valores são verificados entre 0 e 9 pois é o numero total de respostas dadas

Legenda:

- 1 - Nunca;
- 2 - Algumas vezes por ano;
- 3 - Uma vez por mês;
- 4 - Algumas vezes por mês;
- 5 - Uma vez por semana;
- 6 - Algumas vezes por semana;
- 7 - Todos os dias;
- 88 - Não aplicável;
- 99 - Não responde

Resposta: Não, em 9 inquéritos apenas 3 acham o trabalho exaustivo.

Para responder a esta escala, foi solicitado aos enfermeiros que assinalassem a resposta (Verdadeiro ou Falso) que melhor se adequava ao seu ambiente de trabalho.

Cada resposta é pontuada de 0 a 1 pontos, assim sendo, cada subescala poderá apresentar valores de pontuação de 0 a 9 pontos, de tal modo que, quanto mais alta a pontuação, mais envolvimento, mais coesão entre colegas, mais apoio do supervisor, mais autonomia, mais orientação para a tarefa, mais pressão no trabalho, mais clareza, mais controlo, mais inovação e mais conforto físico.

Escala de avaliação de Acontecimentos Violentos

A violência no trabalho é considerada sempre que um grupo ou indivíduo é alvo de actos de agressão ou violência, por parte de pessoas internas ou externas à organização.

Estes actos de agressão podem ser: comportamentos abusivos (sem razoabilidade e implicando recurso excessivo a força física ou a pressão psicológica), ameaças (de morte ou de provocação de dano a pessoas e bens) e ataque (tentativa de agressão, danos físicos).

Pretendeu-se com estas escala, avaliar a ocorrência de acontecimentos violentos, no local de trabalho, durante o último ano.

Foram seleccionados 11 acontecimentos violentos que constituem os itens desta escala: agressão propriamente dita, ameaças verbais, ameaças com objectos comuns, ameaças com armas brancas e / ou de fogo, ameaças com material de injeção e ameaças com outros materiais contaminados; agressão verbal, agressão física com objectos comuns, agressão física com armas brancas e / ou de fogo, agressão física corpo-a-corpo, agressão com material de injeção e agressão com outros materiais contaminados.

Estes itens foram avaliados, recorrendo a uma escala Tipo Likert, com 7 proposições, que determinam frequências de ocorrência de acontecimentos (Nunca a Todos os Dias). A pontuação atribuída a cada item, varia de 0 a 6 pontos, sendo 0 pontos atribuídos à resposta Nunca e 6 pontos atribuídos à resposta Todos os dias.

MBI-GS – Maslach *Burnout* Inventory – General Survey

É uma Escala de *Burnout* elaborada por Shaufeli, Leiter, Maslach e Jackson (1996), traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes (1999).

Esta escala pretende avaliar o nível de *Burnout*, avaliando, para isso, as suas três dimensões: exaustão emocional e física, cinismo e eficácia profissional.

É composta por 16 itens, 5 dos itens avaliam a Dimensão Exaustão física e emocional, 5 itens avaliam a Dimensão Cinismo e 6 itens avaliam a Dimensão Eficácia profissional.

A avaliação é realizada numa escala Tipo Likert, com 7 proposições de frequência de acontecimentos, cada proposição é cotada com um valor de 0 a 6, com a seguinte ordem: Nunca (0), Algumas Vezes por ano (1), Todos os Meses (2), Algumas vezes por mês (3), Todas as semanas (4), Algumas vezes por semana (5), Todos os dias (6).

Caracterização Profissional

Neste âmbito, foram incluídas as seguintes características: antiguidade na profissão e no serviço, desempenho de funções de chefia, regime de trabalho, vínculo de contratação e trabalho extra como enfermeiro noutras instituições; foi também avaliado o género sexual dos participantes.

As variáveis Antiguidade na Profissão e no Serviço foram avaliadas através de questões fechadas de escolha múltipla, sendo que as respostas possíveis para ambas as questões eram: Menos de 2 anos, De 2 a 5 anos, De 5 a 10 anos, De 10 a 20 anos, Mais de 20 anos.

A variável Desempenho de funções de chefia é avaliada com uma questão fechada com resposta tipo Sim / Não. A variável Regime de trabalho, foi avaliada com uma questão fechada de escolha múltipla (Tempo parcial, Tempo completo 35 horas por semana, Horário Acrescido, 42 horas por semana e Outro) e duas possíveis questões de resposta aberta curta.

A variável Vínculo de contratação tem múltiplas respostas possíveis e foi avaliada com uma questão fechada de escolha múltipla (Contrato de Trabalho a termo

Indeterminado, Contrato de trabalho a termo certo, Comissão de Serviço na Função Pública, Acumulação de Funções na Função Pública e Outro) e uma possível questão aberta de resposta curta.

O Exercício de Funções como enfermeiro noutra instituição foi avaliado, realizando uma questão fechada de resposta tipo Sim / Não. No caso da resposta seleccionada ser Sim, era solicitada a resposta a uma questão aberta de resposta curta: Quantas horas por semana?

APÊNDICE C – Focus Grupo

Focus Grupo

O *Focus Group* tem o seu início com Robert King Merton, em 1941, e consiste na recolha de dados, utilizando uma técnica qualitativa.

Desenvolveu-se nos anos 80 e tornou-se uma ferramenta de pesquisa nas ciências sociais; tem como base a fomentação de discussão em grupo, através de uma entrevista não diretiva, com o objetivo de colher os testemunhos e as experiências dos vários elementos sobre a temática em estudo (Morgan, 1998)⁷¹, valorizando a observação, o registo de experiências e de reações dos participantes.

Morgan (1998)¹ refere a importância da seleção da amostra, salientando que deve haver sintonia com as questões da investigação, ou seja, os elementos do grupo devem sentir-se envolvidos no tema.

É importante, para que esta técnica seja um sucesso e cumpra os objetivos previamente delineados, motivar os elementos do grupo e preparar muito bem a sessão, através do planeamento da mesma.

O grupo deve ter entre 6 e 10 elementos.

Morgan (1998)¹ também salienta as condições do local de recolha de dados, que deve reunir qualidades para facilitar a exposição dos elementos do grupo; nesta sessão foi utilizada a sala de reuniões do CRI, local amplo, arejado e com luminosidade.

Como qualquer técnica tem desvantagens, sendo a mais pertinente, no contexto do meu projeto (neste *focus group* estava presente o coordenador da equipa de enfermagem), a possibilidade dos elementos mais fortes do grupo terem maior controlo ou influência nos restantes.

A sessão foi agendada previamente (para dia 28 de Setembro, pelas 14h30) e foram enviados e-mails a todos os participantes, com a data, hora e local da sessão, assim como, os resultados dos questionários (tratados estatisticamente), anteriormente preenchidos pelos mesmos.

Morgan (1998)¹ fala em questões “quebra-gelo”, como sendo as que são utilizadas na abertura da sessão, de cariz introdutória, onde é apresentada a temática central. Depois são utilizadas as perguntas de transição, a fim de direcionar a discussão para o tema e as questões-chave, que consistem nas questões da investigação. No final da sessão são colocadas as *ending question*, com o objetivo de encerrar o grupo. Na sessão desenvolvida por mim na equipa de enfermagem e, atendendo às características do grupo e às relações existentes entre os vários elementos, não utilizei esta fase introdutória, pois não me pareceu necessária e adequada.

⁷¹ MORGAN, David L. - **Planning focus groups**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. ISBN 0-7619-0817

A literatura refere que a escolha do moderador deve recair na contratação de um moderador profissional, mas neste caso a moderação foi realizada por mim. Tentei manter as linhas orientadoras, demonstrando interesse, empatia e respeito por cada membro do grupo, tentei ser imparcial relativamente à problemática, apesar de ter sido difícil, já que estou muito envolvida no projeto e muito expectante face aos resultados do *Focus Grupo*.

Realizei uma preparação inicial, em que me foquei nas questões principais a abordar, na sequência da sua apresentação e nos objetivos do projeto, assim como no material utilizado (gravador áudio), tendo sido previamente testado.

O assistente de moderador esteve a cargo do Prof. Joaquim Lopes, que se enquadrava no que está referido na literatura, pois é referido que para além de ter características diferentes do moderador, não pode participar na discussão, mas sim manter interesse na problemática e nos objetivos definidos. As notas retiradas foram de grande importância, pois serviram para complementar a gravação efetuada.

Baseando-me no indicado por Krueger (1998)⁷², iniciei este focus grupo agradecendo aos elementos pela sua participação, apresentei o assistente moderador e reforcei o seu papel na escuta e não participação e relembrei o intuito do estudo e reforcei a importância do mesmo. Foram considerados alguns aspetos éticos, pelo que recordei que a sessão iria ser gravada em áudio, garantido a confidencialidade e a privacidade dos dados obtidos. Solicitei que falassem um de cada vez, para que fosse perceptível na gravação e alertei para a possibilidade de interrompê-los, caso existissem elementos menos participativos, ou a discussão se afastasse dos objetivos.

Salientei também que a participação era voluntária, que ninguém era obrigado a responder às questões e caso alguém quisesse abandonar a sessão poderia fazê-lo.

Utilizei algumas técnicas facilitadoras de comunicação, referidas na literatura, tais como o contacto através do olhar, a escuta atenta e a repetição de comentários para manter a linha dos raciocínios. Nos momentos em que os elementos ficaram em silêncio, procurei manter o contacto visual, a fim de incentivar o discurso.

Coloquei as questões de modo informal, descontraído e no decorrer da sessão tive necessidade de as recolocar. Respeitei as pausas após as questões, já que as mesmas eram necessárias para a reflexão e consequente reformulação das respostas.

Não se registaram momentos menos adequados durante a sessão, tendo existido momentos mais tranquilos, outros em que os elementos se entusiasmaram com a discussão e até em que surgiu humor. A grande maioria dos elementos participaram, salientando 1 elemento que não omitiu qualquer opinião, mesmo quando confrontado com isso e um outro, menos participativo, mas que, apesar de tudo, participou.

Quanto à duração da sessão a mesma durou 48 minutos o que se enquadra no definido pela literatura, como o ideal por Krueger (1998)² e Morgan (1998)¹. Não me pareceu que o grupo

⁷² KRUEGER, Richard A. - **Analyzing & Reporting Focus Group Results**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. ISBN 0-7619-0819-6

tenha evidenciado qualquer sinal de cansaço ou saturação. Julgo que consegui conduzir o grupo de forma flexível, para tentar controlar o tema, a sequência das questões e a discussão, não descurando o contacto visual com os participantes.

No final recolhi as notas do assistente de moderador, verifiquei a gravação áudio e agendei a análise dos dados obtidos.

BILIOGRAFIA:

- ✓ GALEGO, Carla; GOMES, Alberto A. – Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. Revista Lusófona de Educação, nº5,2005 pp.1-11.
http://www.eduglobalcitizen.net/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13&Itemid=38 [13-09-2011 às 10]

APÊNDICE D – Brainstorming

Brainstorming

“Conhecimento do Eu”

“Experiência muito gratificante e enriquecedor para o meu crescimento pessoal”

“Lidar melhor com os outros”

“Descobrir o meu Eu”

“Levou-nos a refletir sobre nós, os nossos acontecimentos de vida, gerir emoções”

“Manter uma personalidade assertiva”

“Ajudou-me a compreender o fenómeno stress”

“Aprendi estratégias de *coping*, como o relaxamento, a gestão do tempo, gestão de conflitos”

Confiança

Obstáculos

Relações

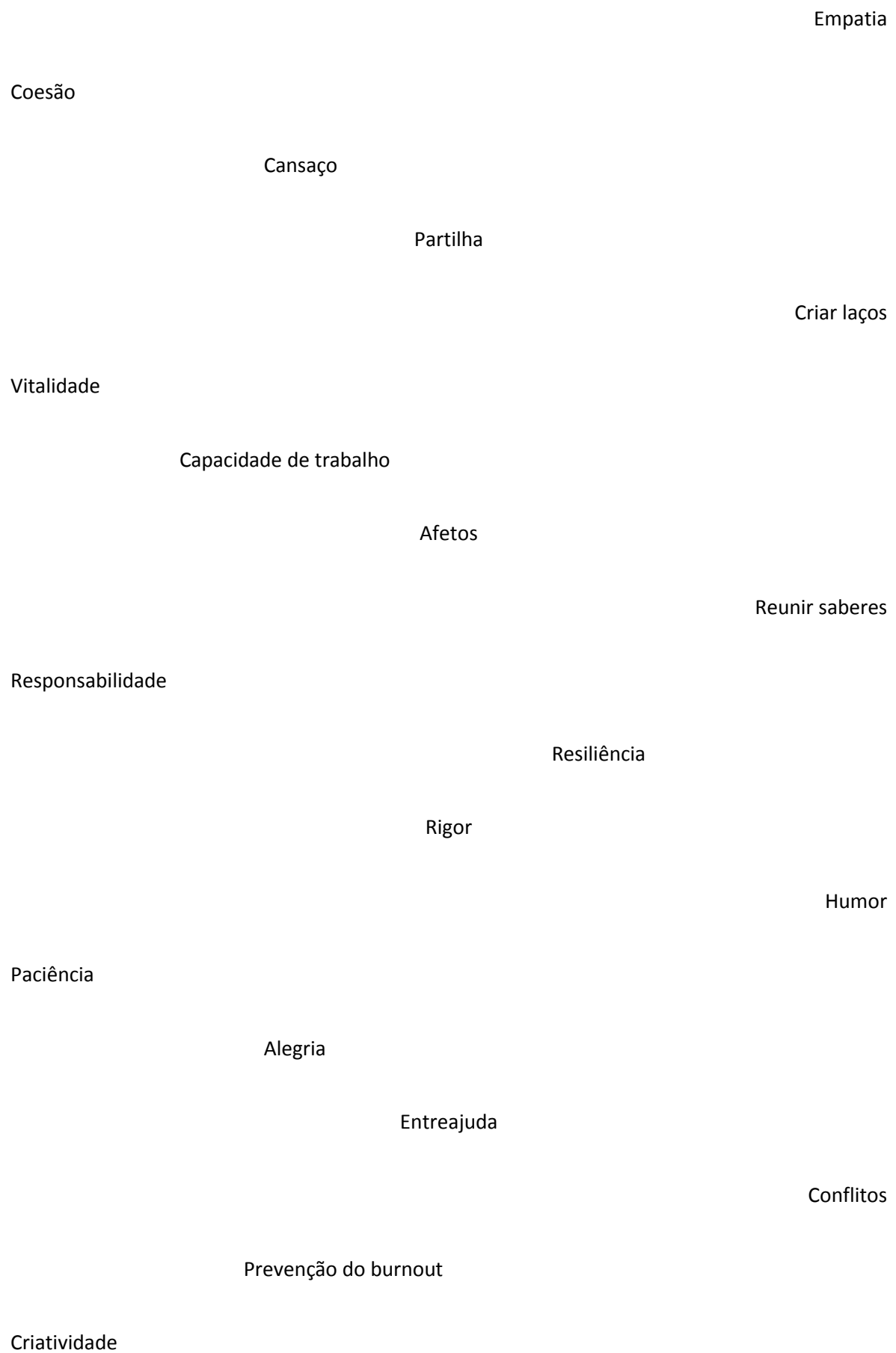
Elogios

Desafios

Dinâmicas

Respeito

Motivação



APÊNDICE E – Artigo: “Cuidar de Enfermeiros. Stress Ocupacional na Equipa de Enfermagem.”

Cuidar de Enfermeiros

Stress Ocupacional na Equipa de Enfermagem

Marta Rosa*

Resumo

A problemática da Adição implica cuidados de enfermagem específicos, nos quais surgem momentos de maior stress ocupacional, o que tem impacto na saúde mental destes profissionais.

Neste trabalho pretendemos conhecer se a equipa de enfermagem do Centro de Respostas Integradas escolhido, da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, vive situações de stress, durante a sua prática, e de que maneira se poderá propor intervenções organizacionais e individuais, com o objetivo de promover a saúde, evitando assim uma síndrome de exaustão emocional e uma quebra da qualidade dos cuidados.

Utilizámos a Metodologia de Projeto, cujo diagnóstico revelou que estes enfermeiros apresentam stress ocupacional num nível moderado, mas afirmam possuir espírito de grupo, não fazendo referência à despersonalização.

Após análise e discussão de resultados à luz das teorias de Betty Neuman e Katharine Kolcaba, planeámos a intervenção, em conjunto com a equipa de enfermagem.

Em linha com a literatura, as intervenções planeadas foram: reuniões de enfermagem, formação em técnicas de relaxamento, sessões de relaxamento, agendamento de atividades lúdicas, método de trabalho de Enfermeiro de Referência/Gestor de Caso e criação de Calendário de Aniversários.

Executámos o planeado em duas sessões previamente agendadas, as quais foram posteriormente avaliadas. Pudemos concluir que para esta equipa de enfermagem a intervenção desenvolvida foi considerada muito positiva e importante para o bem-estar dos enfermeiros, como pessoas e como profissionais.

Palavras-Chave: Enfermagem, Adição, Stress Ocupacional

Abstract

Addition issues demand specific nursing care, moments of greatest occupational stress appear and have impact in the mental health of these professionals.

In this work we want to understand if the nursing team of the chosen Center for Integrated Responses, from Regional Delegation of Lisbon and Tagus Valley, from Institute for Drugs and Drug Addiction, experiences stressful situations during their practice, and how one can propose organizational and individual interventions with the goal of promoting health, preventing thus a syndrome of emotional exhaustion and a break on nursing quality.

We used the Project Methodology which consists of a questionnaire, and concluded that these nurses have occupational stress at a moderate level, but claim to have team group spirit, making no reference to depersonalization.

After analysis and discussion of results always considering the theories of Betty Neuman and Katharine Kolcaba, we planned an intervention to be done with the nursing team.

In line with literature the planned interventions should be mentioned: nursing meetings, relaxation techniques training, relaxation sessions, scheduling recreational activities, work method of Reference Nurse / Case Manager, and creating a Birthday's Calendar.

We executed as planned in two previously scheduled sessions, which were then evaluated. Conclusion for this nursing team was that developed intervention is considered much positive and important for nursing wellness, both as persons and professionals.

Keys Words: Nursing, Addiction, Occupational Stress

1-Introdução

Nos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da saúde mental e mais especificamente, na esfera dos comportamentos aditivos, surgem momentos de maior stress ocupacional, o que tem impacto na saúde mental destes profissionais.

Na sequência destes episódios surge o absentismo, a desmotivação, a despersonalização, o que implica diretamente com a qualidade dos cuidados prestados.

Neste Projeto de Intervenção em Serviço que desenvolvemos, tínhamos como objetivo conhecer se a equipa de enfermagem do Centro de Respostas Integradas escolhido, da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP vive situações de stress, durante a sua prática, e de que maneira se poderiam propor intervenções organizacionais e individuais, com o objetivo de promover a saúde, evitando assim uma síndrome de exaustão emocional e uma quebra da qualidade dos cuidados.

O stress está diretamente relacionado com o trabalho. Na União Europeia, um estudo realizado em 27 países, em 2005, refere que 22% dos trabalhadores sofrem de stress e que este está implicado na produtividade, na saúde, na vida familiar e social (Tomás,2009,2010)

2 - Stress

Stress deriva do latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que significa apertar, comprimir ou restringir. Foi um termo utilizado na língua inglesa, desde o século XIV, para significar constrição física e a partir do século XIX o significado foi alargado para pressão na mente humana (Serra, 2002).

Os **agentes stressores** podem ter origem no ambiente externo e ser de natureza física, psicológica ou social, ou ter origem no ambiente interno.

Ao provocarem sofrimento, estes agentes stressores, geram distress, mas por outro lado, o stress, pode ter um efeito positivo e gerar um benefício, nesse caso, denomina-se eustress. Selye, em 1974, faz a distinção entre Stress

Prejudicial e Stress Construtivo, ou seja, cada pessoa expressa a sua resposta ao stress de forma individual. O stress nem sempre é prejudicial e em situações controladas pode ser útil, na medida em que se torna um impulso para a tomada de decisões, um incentivo para a vida.

Ao longo dos tempos, foram vários os modelos explicativos do stress: modelo de Cannon (1935) – *Luta e Fuga*, o modelo de Selye (1956) – *Síndrome Geral de Adaptação*, o modelo de Holmes e Rahe (1967) – *Teoria dos Acontecimentos de Vida*, o Modelo de Lazarus e Folkman (1984) - *Modelo Transaccional*, o modelo de Neuman (1989) – *Modelo dos Sistemas* e o modelo de Vaz Serra (1999) – *Modelo de Stress de Vaz Serra*.

O stress apresenta 3 fases distintas: fase de alarme (há um aumento da atividade após a atuação do agente stressor), fase de resiliência (onde atua o coping) e a fase de exaustão (ocorre quando há uma exposição constante ao stress) (Pinto & Chambel, 2008).

O **trabalho** pode ser uma atividade positiva e enriquecedora e uma situação stressora que desgasta e prejudica o indivíduo.

O **stress ocupacional** foi abordado em 1992, por Dejours, como um conjunto de perturbações psicológicas ou

sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho; é o reconhecimento por parte de um trabalhador da sua inabilidade ou incapacidade para enfrentar as exigências relacionadas com o trabalho e sua subsequente experiência de desconforto, mal-estar e sofrimento. É um processo de perturbação em que o indivíduo mobiliza excessivamente a sua energia de adaptação para enfrentar solicitações do meio profissional que ultrapassam as suas capacidades físicas e/ou psíquicas.

O stress ocupacional está na origem do burnout. Herbert Freudenberger, em 1974, definiu a exaustão profissional, ou **Burnout**, como um estado de fadiga e de frustração (Delbrouck, 2006).

O Burnout é uma síndrome composta por uma trípole de fases, que evoluem de forma progressiva: exaustão emocional, despersonalização (desumanização na relação com o outro) e sentimento de incompetência. As causas são várias e podem ser externas (volume de trabalho, falta de descanso, excesso de responsabilidades) e internas (ansiedade, espírito de empreendimento, desejo de agradar a toda a gente, um sentido de autocrítica demasiado severo, não delegação de funções, mentalidade de salvador) (Delbrouck, 2006).

Na maior parte dos casos, o Burnout só é reconhecido quando já está instalado há algum tempo, o que não permite um tratamento precoce do mesmo. Na fase inicial é facilmente confundido com um simples estado de fadiga ou cansaço, não valorizado pelo indivíduo e pela organização.

Os serviços de saúde são sistemas complexos, em que existe um confronto constante com situações emocionalmente intensas, pautadas pela doença e pela morte e que causam situações de ansiedade e tensão, contribuindo em grande parte para a ocorrência de acidentes de trabalho, episódios de stress intenso, fadiga física e mental, o que torna o Burnout uma doença dos profissionais da relação de ajuda. Desde há já algum tempo que este tema preocupa os investigadores, existindo estudos de 1994 (Mcintyre) que referem que são as profissões ligadas à saúde as mais stressantes.

A Enfermagem pertence ao grupo das profissões chamadas de helping professions, pois são estes os profissionais que passam mais tempo junto dos clientes e suas famílias, adotando uma proximidade física e emocional; foi considerada pela Health Education Authority, como a quarta

profissão mais stressante do setor público (Ribeiro et al, 2010)

Delbrouck (2006) aborda o Burnout nos profissionais da saúde mental, destacando o confronto permanente com pensamentos delirantes, alucinações, embotamento afetivo, desarmonia afetiva, discursos desorganizados, afetos despropositados, demências e depressões. São clientes que necessitam de uma grande disponibilidade afetiva e tolerância por parte dos profissionais, o que exige muito deles.

O enfermeiro que trabalha na área da saúde mental presta cuidados a clientes completamente diferentes dos que estão num serviço de medicina, pois não têm uma doença física observável, o que implica um olhar social diferente, pois, como refere Serra (2002), as suas alterações não são do foro da anatomia mas sim do comportamento. As dificuldades são várias, desde a agressividade, a comunicação, os conflitos, a agitação; há um clima de tensão emocional, desgaste físico e psicológico.

Na área da Adição existe uma ênfase na relação e no envolvimento emocional, em que quanto mais duradouras e mais intensas são as relações interpessoais, maior é o risco de

esgotamento emocional, e consequentemente, maior é o risco de Burnout (Correia, 1996, 1997). Também face à gestão das expectativas esta é uma área sensível, pela complexidade da problemática, gestão das recaídas e sensação de não retribuição pelo trabalho realizado.

A enfermagem na área da Adição tem especificidades, que se prendem com as relações estabelecidas com estes clientes (pessoas com problemas de Adição, com intoxicação do “Eu”, onde o uso de substâncias afeta o corpo, a razão e a moral (Leshner, 2005).

Existem diversos fatores que promovem o Burnout na área da enfermagem na Adição e, segundo Câmara (1998), esses fatores são de várias ordens: muitas horas de trabalho, não haver preparação para a relação psicoterapêutica, expectativas pouco realistas das instituições, as famílias desorganizadas, clientes “borderlines” e a falta de feedback dos clientes.

3- Metodologia

Para este trabalho de projeto foram formuladas as seguintes perguntas de partida:

- **“Existe stress ocupacional nos enfermeiros do CRI, da DRLVT, que participam no Trabalho de Projeto?”.**

- **“Como promover a saúde mental da equipa de enfermagem e prevenir o stress ocupacional?”**

Ao dar resposta a estas questões pretendíamos contribuir para a promoção e manutenção da saúde mental dos enfermeiros do CRI e, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes com problemas de Adição.

Como objetivos pretendíamos:

- Identificar se a Equipa de Enfermagem do CRI, da DRLVT, apresentava stress ocupacional;

- Planear intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que promovessem a saúde mental da Equipa de Enfermagem e previníssem o stress ocupacional;

- Executar as intervenções planeadas;

- Avaliar as intervenções executadas.

No que diz respeito à metodologia optámos pela Metodologia de Projeto que consiste num conjunto de atividades de índole da investigação, que envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempo destinado à planificação e intervenção, problemas considerados de interesse pelo (s) participante (s) e com enfoque social. Envolve igualmente uma interação permanente entre a teoria e a prática, considerando à partida os recursos e restrições existentes, engloba a recolha e tratamento de dados, estudos de propostas de solução e implica uma avaliação contínua. Neste sentido, o tutor orienta as escolhas e acompanha o projeto em todas as fases (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A Metodologia de Projeto é constituída por cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento de Intervenções, Execução e Avaliação e, por último, a Divulgação dos Resultados (Ruivo et al., 2010).

A nossa população foi constituída por 9 enfermeiros de uma Equipa de Tratamento, de um Centro de Respostas Integradas, da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No Diagnóstico de Situação optámos pela utilização de questionários, em que os mesmos foram constituídos por:

- Escala de avaliação do Clima Organizacional, Work Environment Scale (WES) elaborada por Moos em 1986, traduzida e adaptada à população portuguesa por Louro, em 1995;

- Escala de Avaliação dos Acontecimentos Violentos;

- Escala MBI-GS, Maslach Burnout Inventory – General Survey, elaborada por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson, em 1986, traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes, em 1999;

- Caracterização Profissional da População.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versão 18.0 para o tratamento estatístico e o Microsoft Excel.

Através dos resultados obtidos, foi perceptível que estes enfermeiros manifestavam sentir stress ocupacional algumas vezes por ano (num total de 4 respostas, numa população de 9 enfermeiros).

Os enfermeiros da equipa referiram a existência de espírito de grupo e de ajuda entre colegas, como elemento positivo para o ambiente de trabalho, salientando a não existência de despersonalização intensa e o bom ambiente, no grupo, como um fator protetor muito importante.

Quando questionado acerca do nível de exaustão, este grupo não apresenta um nível muito elevado, pois em 9 inquéritos, apenas 3 pessoas se consideraram emocionalmente exaustas.

No que diz respeito à existência de comportamentos violentos, por parte dos clientes, este assunto foi avaliado no questionário aplicado, podendo-se concluir que os enfermeiros sofrem agressões verbais, e também ameaças verbais.

Na última parte do questionário, caracterizámos profissionalmente a população: não se verificou um índice importante de precariedade, pois a maioria tem contrato a termo certo ou a termo indeterminado.

Ao avaliar se o envelhecimento ou a imaturidade contribuem para uma maior exaustão, relacionámos estes dois aspetos e pudemos concluir que existe uma relação entre eles, pois os enfermeiros mais velhos de idade e de tempo na profissão revelam-se mais

emocionalmente exaustos, mas também os mais imaturos, com menos tempo de experiência, manifestam um elevado grau de stress.

Podemos concluir desta análise dos resultados que, o grupo de enfermeiros deste Centro de Respostas Integradas apresenta um nível moderado de stress ocupacional, existindo elementos mais positivos e motivados e outros com maior exaustão.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Decidimos discutir os resultados que obtivemos à luz das teorias de Betty Neuman e de Katharine Kolcaba, por terem sido as teóricas em que fundamentámos toda a parte teórica do nosso projeto.

Neuman fala-nos da estabilidade do sistema e da necessidade de o mantermos em equilíbrio e este é também o nosso alvo, pois só mantendo a equipa de enfermagem em condições de saúde mental é possível garantir a qualidade dos cuidados.

Para Neuman, a resposta que é dada a um stressor varia de pessoa para pessoa e depende da eficácia das linhas de defesa e dos mecanismos que ocorrem dentro do sistema (Pearson & Vaughan,

1992) e nessa medida, também pudemos verificar que cada enfermeiro vive o stress de forma individual, de acordo com as características de personalidade de cada um, de acordo com as situações stressoras com que se depara. Concluimos que esta equipa vivencia um nível moderado de stress o que nos indica que existem agentes stressores que têm impacto na linha de defesa normal e para os quais são chamadas a intervir a linhas de defesa flexível e a linha de resistência.

Pensamos que a pertinência deste projeto tem o seu principal enfoque na fase da reconstituição, abordada no Modelo dos Sistemas de Neuman, já que o nosso objetivo é expandir a linha normal de defesa destes enfermeiros, estabilizar o sistema, fazê-lo retornar ao seu nível ótimo, antes de surgir o desequilíbrio, motivado pelo stress.

No que diz respeito à teoria de Kolcaba, esta baseia-se no conforto emocional e é esse conforto que pretendemos que os enfermeiros obtenham no dia a dia das suas práticas. De acordo com os dados obtidos, o facto de esta equipa sofrer de stress ocupacional de forma moderada indica, à luz desta teoria, que estes enfermeiros estão em desconforto.

Para Apóstolo (2007), os enfermeiros são os responsáveis para

criar condições de conforto aos seus clientes, já que são eles que identificam as necessidades e as intervenções de enfermagem, que visam a melhoria das tensões. Nós, como enfermeiros de saúde mental a desenvolver um projeto com esta equipa, tivemos como objetivo auxiliar estes enfermeiros a encontrar o conforto emocional, pois, quando este conforto é atingido, mais facilmente os enfermeiros irão adotar comportamentos menos stressantes e mais saudáveis (Apóstolo, 2007).

Para Kolcaba existem 3 classes de necessidade de conforto: estado de tranquilidade, estado de alívio e estado de transcendência. O estado de tranquilidade tem na sua base a ergonomia. A ergonomia defende que um ambiente mais confortável gera mais produtividade (Apóstolo, 2007). Nos questionários obtivemos o resultado, na categoria do clima organizacional, que as condições físicas do local de trabalho são importantes e, apesar de não serem as mais adequadas, estes enfermeiros salientam aspetos que ajudam a viver com maior conforto emocional os seus dias de cuidados, tal como o espírito de grupo e a ausência de despersonalização.

PLANEAMENTO

Após o Diagnóstico de Situação realizámos um Focus Grupo, em que devolvemos à equipa de enfermagem os resultados dos questionários, a fim de com ela e também em ligação à evidência sobre o assunto, construirmos a etapa seguinte, o Planeamento das Intervenções. Desse Focus Grupo resultou então um planeamento de um conjunto de intervenções que procurou intervir no stress ocupacional revelado por este grupo de enfermeiros.

Foram planeadas as seguintes intervenções: reuniões de enfermagem, formação em técnicas de relaxamento, sessões de relaxamento, agendamento de atividades lúdicas, método de trabalho de Enfermeiro de Referência/Gestor de Caso e criação de Calendário de Aniversários.

EXECUÇÃO

Durante cerca de 2 meses desenrolou-se a fase de Execução.

Foram realizadas as intervenções a 4 dos 9 enfermeiros, devido a constrangimentos de tempo e de disponibilidade dos enfermeiros.

De acordo com o tempo que dispúnhamos para desenvolver o projeto, optámos somente por uma das intervenções planeadas.

Decidimos executar a intervenção “Reunião de Enfermagem”, que teve 2 sessões e cumpriu o planeado no cronograma.

Esta intervenção consistia em dinamizar o espaço/tempo na reunião de enfermagem, trazendo outras dinâmicas, nomeadamente: introdução de novos métodos de trabalho, discussão de casos clínicos, momentos lúdicos, momentos de formação em equipa, entre outros

As sessões tiveram a participação de toda a equipa de enfermagem, sendo que os enfermeiros participaram de forma entusiasta, manifestando interesse

AVALIAÇÃO

Para a avaliação da eficácia das intervenções, realizou-se um novo Focus Grupo, com os elementos com os quais desenvolvemos as intervenções.

Pudemos concluir que a intervenção desenvolvida foi considerada muito positiva e importante para o bem-estar dos enfermeiros, como pessoas e como profissionais.

Foi dado um enfoque ao momento lúdico, como um espaço importante de descontração e proximidade.

Nesta fase, procurámos também fazer uma ligação à evidência, mas não encontramos estudos que apresentassem as avaliações dos projetos, estando somente presente as intervenções delineadas.

4- Conclusões

Os resultados que obtivemos com a elaboração deste projeto permitiram-nos concluir que os enfermeiros apresentavam um nível moderado de stress ocupacional, mas referiam espírito de grupo e de entreajuda entre colegas, salientando a não existência de despersonalização intensa.

Pensamos que teria sido positivo prolongar o tempo de Execução do Projeto, a fim de desenvolver um maior número de intervenções, a fim, de também a Avaliação ter outro impacto.

Com este trabalho julgamos ter conseguido, não só identificar se esta equipa de enfermagem sofria de stress ocupacional e de que forma o poderíamos colmatar, mas também, construir, com estes enfermeiros, um conjunto de intervenções válidas, de acordo com um contexto vivenciado por estes profissionais, para diminuir ou/e eliminar situações de risco e/ou potenciadoras de stress ocupacional.

Julgamos que este projeto traz uma mais-valia à evidência, já que os resultados obtidos serviram para colmatar uma lacuna no conhecimento, pois conseguimos avaliar as intervenções previamente planeadas.

Bibliografia

Apóstolo, J. L. A. (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Correia A. J. (1996/1997). *O burnout nos profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes: causas e consequências*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi, Editores.

Leshner, A. (2005). A Toxicodependência é uma Doença do Cérebro, e isso importa. *Boletim Cérebro Toxicodependente*. 1, 7-10. Coimbra: Biopress, 2005

Pearson, A, & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

Pinto, A. M.& Chambel, M. J. (2008). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas*. Lisboa: Livros Novo Horizonte. ISBN: 978-972-24-1623-8.

Ruivo, M. A.; Ferrito, C.; Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010) - Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. (15). Acedido a 23-10-2011 às 16h em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

Tomás, C. (2009/2010). *Riscos psicossociais e clima organizacional: Burnout nos Enfermeiros que Cuidam em Toxicodependência*. Leiria: Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria.

